EXPOSÉ DES TITRES

ET DES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR E. KIRMISSON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Trousseau

PARIS

RUEFF ET CIE, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1899

I

TITRES SCIENTIFIQUES

1. — Prosecteur et lauréat de l'École de médecine de Nantes (1868-71).
2. — Externe (1868), puis interne des hôpitaux de Nantes (1869).
3. — Externe (1872), puis interne des hôpitaux de Paris (1873).
4. — Lauréat des hôpitaux de Paris (médaille d'argent au concours des internes, en 1875; deuxième mention au concours de 1877).
5. — Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en 1877.
6. — Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, en 1879.
7. — Docteur en médecine, en 1879.
8. — Chirurgien des hôpitaux de Paris; nommé le premier au concours de 1881.
9. — Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; nommé le premier au concours de 1883.

10. — Membre honoraire et ancien vice-président de la Société anatomique.

11. — Membre titulaire de la Société de chirurgie depuis 1885.

12. — Membre correspondant de l'*American Orthopœdic Association*.

13. — Chevalier de la Légion d'honneur.

II

ENSEIGNEMENT ET FONCTIONS DIVERSES

---

1. — Cours d'anatomie et de médecine opératoire, professés à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, comme aide d'anatomie et comme prosecteur.

2. — Cours de pathologie chirurgicale professés à l'École pratique de la Faculté de médecine, pendant les semestres d'hiver des années scolaires 1881-82, 1882-83 et 1883-84.

3. — Conférences cliniques d'ophtalmologie, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant les vacances de l'année scolaire 1881-82 (suppléance de M. le professeur Panas).

4. — Conférences de clinique chirurgicale, faites à la Pitié, pendant les vacances des années scolaires 1883-84, 1884-85 et 1885-86 (suppléance de M. le professeur Verneuil); puis, en 1887 et 1888, à Necker (suppléance de M. le professeur Le Fort).

5. — Conférences de pathologie externe faites comme agrégé à la Faculté de médecine.

6. — Chargé du cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, pendant l'année scolaire 1888-89, en remplacement de M. le professeur Richet.

7. — Nommé chirurgien de l'Hospice des Enfants-Assistés, le 20 juin 1889, j'ai réorganisé le service de chirurgie, qui, pendant de longues années, était resté inactif; j'ai ouvert une polyclinique qui a pris rapidement un développement considérable. J'ai introduit également dans ce service une modification qui n'avait jamais trouvé place jusque-là dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire que j'y ai ouvert une salle de traitement munie de tous les appareils nécessaires pour la thérapeutique des difformités par la gymnastique orthopédique.

8. — Depuis la fin de 1897, nommé chirurgien de l'hôpital Trousseau.

9. — Depuis mon arrivée aux Enfants-Assistés en 1889, c'est-à-dire depuis dix ans, j'ai fait constamment, chaque année, des leçons de clinique chirurgicale sur la chirurgie infantile et orthopédique aux élèves de mon service. Ces leçons, je les ai continuées depuis mon arrivée à l'hôpital Trousseau et je les continue encore actuellement. J'ai également transporté à l'hôpital Trousseau le traitement par la gymnastique orthopédique que j'avais institué à l'hospice des Enfants-Assistés.

10. — Depuis la fin de 1897, chargé de la consultation orthopédique du Bureau central, en remplacement de M. le Dr de Saint-Germain.

11. — Chargé depuis trois ans de l'enseignement des stagiaires de la Faculté de médecine (cours de clinique annexe).

12. — Associé par le professeur Pinard à son enseignement, j'ai fait, à la clinique Baudelocque, un grand nombre de leçons cliniques sur les malformations congénitales qui se sont présentées dans ce service.

13. — Attaché en qualité d'aide-major au 1[er] bataillon de gardes mobiles de la Loire-Inférieure pendant la guerre de 1870-71; actuellement médecin-major de 1[re] classe dans l'armée territoriale, attaché au 4[e] corps d'armée.

III

TRAVAUX ET PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Je diviserai en deux chapitres l'ensemble des travaux scientifiques publiés par moi, suivant qu'ils ont trait à la chirurgie générale ou à la chirurgie infantile et orthopédique.

1° TRAVAUX RELATIFS A LA CHIRURGIE GÉNÉRALE

A. — TRAITÉS GÉNÉRAUX

1. — Manuel de pathologie externe.
En collaboration avec MM. Reclus, Peyrot et Bouilly.

Ouvrage devenu classique et arrivé actuellement à sa cinquième édition.

L'ouvrage comprend quatre volumes; le second volume, qui m'a été confié, traite des maladies de la tête et du rachis.

Il comprend 801 pages et renferme les maladies du crâne, de la colonne vertébrale, des yeux, des oreilles, des fosses nasales, des mâchoires, de la bouche et des glandes salivaires.

Je me suis efforcé surtout de mettre ce livre à la portée des élèves, glissant sur les sujets qui n'ont que peu d'intérêt pratique, pour accorder, au contraire, des développements suffisants à toutes les questions chirurgicales qui intéressent la généralité des médecins. C'est ainsi que, dans les maladies des yeux, j'ai suffisamment développé les maladies externes de l'œil, les cataractes, l'iritis, et je n'ai accordé que peu de développement à la réfraction et aux maladies du fond de l'œil, qui exigent l'emploi de l'ophtalmoscope. Je me suis efforcé toutefois de mettre ce manuel au courant de la science. Ainsi, j'ai traité assez longuement la question de la trépanation dans ses rapports avec les localisations cérébrales. Dans la question du céphalématome, j'ai exposé la théorie pathogénique nouvelle qui ressort des travaux de Vulfranc Gerdy sur l'ossification normale du pariétal. J'ai mis les élèves au courant de l'introduction du système métrique en ophtalmologie, et leur ai expliqué en quoi consistent les *dioptries*, explications qui n'avaient pas encore trouvé place dans nos livres classiques de chirurgie. De même, à propos des maladies des fosses nasales, j'ai insisté sur la théorie nouvelle de l'ozène et ses applications à la pratique; j'ai consacré un chapitre aux maladies du sinus sphénoïdal. Me ralliant à la théorie de Verneuil et m'appuyant sur les recherches de M. Malassez sur les débris épithéliaux paradentaires, j'ai donné, des kystes dentaires chez l'adulte, l'interprétation nouvelle que comportent ces faits, etc.; en un mot, j'ai tâché, sans donner à ce manuel une extension trop grande, de le tenir partout au courant de la science moderne.

La nouvelle édition en cours de préparation comprendra des figures, ce qui ajoutera à la valeur didactique de l'ouvrage, en rendant plus faciles à suivre les descriptions.

2. — Collaboration au récent « Traité de chirurgie », de MM. Duplay et Reclus.

Dans le tome III de cet ouvrage, j'ai publié les *Maladies du rachis*, article de 153 pages; dans le tome VIII, les *Maladies des membres*, article de 524 pages. La deuxième édition est actuellement en cours de publication.

Ces deux articles sont divisés en quatre chapitres comprenant : 1° les affections traumatiques; 2° les affections inflammatoires; 3° les anévrismes et les tumeurs; 4° les vices de conformation de la colonne vertébrale et des membres.

Je me suis efforcé de mettre les descriptions contenues dans cet ouvrage au courant de la science moderne. C'est ainsi qu'à propos des maladies de la colonne vertébrale, j'ai exposé longuement les recherches nouvelles sur l'anatomie pathologique et le traitement du spina-bifida. A propos des maladies des membres, j'ai décrit les différentes anomalies du pouce connues sous le nom de pouce surnuméraire, pouce bifide, pouce bot, la déviation latérale du gros orteil connue sous le nom d'hallus valgus, les absences congénitales du radius et du cubitus, celles du tibia et du péroné, la déformation du genou connue sous la dénomination de *genu recurvatum* congénital, l'incurvation anormale du col du fémur dite *coxa vara*. J'ai exposé également les nouvelles méthodes de traitement applicables à la luxation congénitale de la hanche, l'opération d'Ogston applicable au traitement de certaines formes de pied plat valgus douloureux, etc.

B. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

3. — Des opérations préliminaires en général.

(Thèse de doctorat, Paris, 1879.)

Sous le nom d'opérations préliminaires, on décrivait certaines opérations pratiquées sur la face, et portant soit sur le maxillaire supérieur, soit sur le nez, ou sur la voûte palatine, dans le but d'ouvrir la cavité naso-pharyngienne et de fournir un libre accès sur les tumeurs de cette cavité, connues sous le nom de polypes naso-pharyngiens. J'ai proposé dans ma thèse d'étendre cette dénomination d'opérations préliminaires à toutes les opérations qui ont ce caractère commun d'être un acte préparatoire à l'opération principale, quelle que soit la région sur laquelle on opère. Ainsi comprises, les opérations préliminaires ont pour but de rendre possible ou de faciliter l'opération fondamentale ; elles peuvent être comparées les unes aux autres sous le double rapport de la facilité qu'elles apportent à l'opération principale et de leur plus ou moins grande gravité.

4. — De l'anémie consécutive aux hémorragies traumatiques et de son influence sur la marche des blessures.

(Thèse d'agrégation, Paris, 1880.)

Dans cette thèse sont rapportées de nombreuses expériences faites par moi sur les animaux dans le laboratoire de M. G. Pouchet au Muséum, dans le but d'étudier la réparation du

sang à la suite des hémorragies traumatiques, par la numération des globules, et aussi l'influence de ces hémorragies sur la marche des traumatismes.

5. — Œdème inflammatoire des membres de nature rhumatismale.

(*Progrès médical*, 18 mars 1876.)

Cette note a pour objet d'établir l'existence d'œdèmes aigus du tissu conjonctif sous l'influence du rhumatisme, analogues aux manifestations de cette diathèse sur le système séreux, et pouvant simuler par leurs caractères extérieurs, rougeur, gonflement, chaleur, le phlegmon diffus. L'existence de cette variété d'œdème a été confirmée par plusieurs travaux ultérieurs, et notamment par une communication du professeur Potain à l'Académie de médecine.

6. — Sur l'emploi de l'ouate préparée pour remplacer les éponges et la charpie.

(*Journal de thérapeutique* de Gubler, 1876.)

Cette note remonte à une époque où l'ouate hydrophile, dont l'usage est aujourd'hui si répandu, n'était pas encore connue en chirurgie. Elle a pour but de faire connaître un moyen simple de préparer cette ouate hydrophile ; ce moyen consiste à faire avec de l'ouate ordinaire des tampons qu'on imbibe complètement, puis que l'on exprime et que l'on dessèche. Ces tampons, après une première imbibition et une dessiccation complète, ont acquis la propriété d'absorber de nouveau les liquides avec une grande facilité, ce qui les rend propres à remplacer les éponges dont l'emploi, au point de vue antiseptique, présente de si grands inconvénients.

7. — De la coloration noire des urines produites par l'usage de l'acide phénique à l'extérieur.

(*France médicale*, 20 avril 1878.)

A l'époque où cette note a été publiée, on ne connaissait pas encore la véritable signification de la coloration noirâtre des urines observée chez certains malades soumis à l'usage de pansements phéniqués. Nous savons aujourd'hui qu'elle tient à l'absorption de l'acide phénique et à son passage dans l'urine. Ce signe a une grande importance pour le chirurgien, en l'invitant à suspendre les pansements phéniqués, dans la crainte d'un empoisonnement.

8. — Note sur quelques expériences faites dans le but de contrôler les propriétés septiques du liquide des kystes hydatiques.

(*Gazette hebdomadaire*, 16 décembre 1882.)

Ces expériences faites sur le chien et le lapin, dans le laboratoire du professeur Vulpian, montrent que le liquide des kystes hydatiques, alcalin et non altéré, injecté, soit dans le péritoine, soit dans le tissu cellulaire ou dans les veines, ne détermine aucun accident septicémique. Les graves accidents qui ont été signalés à la suite de la pénétration du liquide de ces kystes dans le péritoine, chez l'homme, tenaient sans doute à ce que le liquide n'était pas pur, ou à ce qu'il avait subi des modifications. De nouvelles expériences faites par moi depuis lors, et dont le résultat n'a pas été publié, sont absolument confirmatives des premières.

9. — De l'influence du traumatisme sur le développement des kystes hydatiques; nouvelle observation.

(*Archives de médecine*, 9 décembre 1882.)

Le sujet de cette observation est un homme chez lequel un kyste hydatique du foie se manifesta pour la première fois à la suite d'un coup de pied de cheval reçu à l'épigastre. La ponction aspiratrice, dans ce cas particulier, permit à la fois de vérifier le diagnostic et d'obtenir la guérison du malade.

10. — Cirrhose du foie s'étant manifestée pour la première fois à la suite d'une opération de hernie crurale étranglée.

(*Gazette hebdomadaire*, 16 novembre 1883.)

Cette note, comme la précédente, est une contribution à l'étude des rapports existant entre le traumatisme et les états généraux, rapports dont la notion a la plus grande importance au point de vue du pronostic chirurgical.

11. — Hémorragie dentaire d'origine paludéenne.

(Lettre à M. le professeur Verneuil.)

(*Gazette hebdomadaire*, 18 octobre 1884.)

Ce qui fait l'intérêt de ce fait particulier, c'est le long espace de temps qui s'est écoulé entre le moment de l'avulsion de la dent et l'hémorragie. Il s'agit, en effet, d'un homme de cinquante-huit ans que j'ai eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière, et chez lequel une hémorragie incoercible s'était produite par l'alvéole d'une dent arrachée trente-huit ans auparavant; cet homme avait eu des accidents très nets de paludisme deux ans avant l'avulsion de la dent, c'est-à-dire quarante ans avant l'hémorragie.

12. — Du mal perforant chez les diabétiques.

(*Archives générales de médecine*, janvier 1885.)

Ce mémoire, basé sur sept observations, démontre qu'aux causes déjà si nombreuses du mal perforant il faut joindre le diabète. Le mal perforant dans le diabète constitue un trouble de la nutrition analogue aux autres troubles trophiques que l'on observe dans cette maladie. Le bien fondé de mes observations a été établi par des faits recueillis ultérieurement par moi et par d'autres observateurs.

13. — De l'urée dans le cancer.

(Mémoire présenté au premier Congrès français de chirurgie, avril 1885.)

Entrepris pour vérifier les assertions de M. Rommelaëre (de Bruxelles) sur l'abaissement du chiffre de l'urée dans le cancer, ce mémoire conclut qu'en effet, dans un très grand nombre de cas, les malades atteints d'affections cancéreuses excrètent un chiffre d'urée remarquablement faible; mais ce fait se rencontre dans d'autres affections étrangères au cancer, comme la tuberculose, et même dans certains cas de tumeurs bénignes. Il ne saurait donc avoir la valeur diagnostique que lui accorde M. Rommelaëre. Il ne peut même fournir aucune donnée positive sur la nature des maladies cancéreuses; car il paraît en rapport avec l'affaiblissement de la nutrition dans le cancer, bien plutôt qu'avec l'essence même de la maladie.

14. — De la nature microbienne du cancer.

(Revue générale, *Bulletin médical*, 2 avril 1888.)

Dans cette revue, j'établis qu'aucun des micro-organismes rencontrés jusqu'ici dans le cancer ne peut être considéré comme l'agent pathogène de la maladie.

15. — Étude critique sur quelques points de l'histoire des néoplasmes.

En collaboration avec le professeur Verneuil.
(*Revue de chirurgie*, 1884, p. 766.)

Cette étude a pour objet d'établir que tous les néoplasmes appartiennent à une seule et grande famille qu'on peut appeler la famille néoplasique. De là, la parenté qui existe entre toutes les néoplasies, quelle que soit d'ailleurs leur constitution histologique; de là, la pluralité des néoplasmes chez un même sujet; de là, la coïncidence, sur un même malade, de néoplasmes bénins et de néoplasmes malins; de là, la transformation des néoplasmes bénins en néoplasmes malins, etc.

16. — Nouveau cas d'hystéro-traumatisme.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 7 mars 1888.)

Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une chute, avait présenté tout d'abord des symptômes paraplégiques faisant croire à l'existence d'un mal de Pott. Plus tard, des accidents convulsifs et des troubles de la sensibilité vinrent révéler la véritable nature du mal. Le diagnostic d'hystéro-traumatisme fut confirmé par le professeur Charcot, auquel je présentai ce malade, et qui fit une leçon clinique à son sujet.

17. — Article « Phlegmon » dans le « Dictionnaire encyclopédique » de Dechambre.

Tome XXIV, 2e série, 1887.

Dans cet article, j'étudie successivement le *phlegmon simple* ou circonscrit, et le *phlegmon diffus*. A propos de cette

dernière affection, je m'efforce d'établir les différences essentielles de nature qui existent entre elles et le phlegmon simple ou circonscrit.

« On a pour habitude, dis-je, d'opposer, sous le rapport de l'étendue des lésions, le phlegmon diffus au phlegmon circonscrit, et on le définit : l'inflammation aiguë, non circonscrite, du tissu cellulaire. Cette définition, donnée par tous nos auteurs classiques, et à laquelle se rattache encore M. Le Dentu dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*, ne nous semble pas suffisante. Nous pensons, en effet, et nous nous efforcerons d'en fournir la preuve en traitant de la nature et des causes de l'affection, qu'il existe entre le phlegmon circonscrit et le phlegmon diffus plus qu'une question de dimensions et d'étendue. Les deux affections présentent, selon nous, une différence essentielle fondée sur leur nature. En effet, le phlegmon circonscrit est l'inflammation pure et simple du tissu cellulaire. Que cette inflammation soit ou non liée à la présence de microbes, c'est là une question qui se rattache à la pathogénie de l'inflammation en général, mais cette inflammation n'a aucun caractère particulier. Au contraire, le phlegmon diffus nous semble une inflammation spécifique, une maladie éminemment septique du tissu cellulaire, à rapprocher des autres maladies septiques, telles que la gangrène foudroyante des membres, l'érysipèle, l'ostéite phlegmoneuse diffuse, etc. Partant de cette notion, nous définirons le phlegmon diffus : une inflammation septique du tissu cellulaire avec tendance à la diffusion et à la mortification des tissus. »

A l'appui de cette manière de voir, on peut encore invoquer ce fait que le phlegmon diffus a singulièrement diminué de fréquence et de gravité depuis la généralisation de la méthode antiseptique.

18. — Article « Périostite diffuse » du « Dictionnaire encyclopédique » de Dechambre.

(Tome XXIII, 2e série, 1887.)

Le titre de cet article m'a été imposé par la nomenclature primitivement adoptée par Dechambre, le fondateur du dictionnaire. Mais je dois reconnaître qu'il est absolument impropre, la maladie consistant non seulement dans une périostite, mais dans une inflammation de tous les éléments qui participent à la constitution de l'os; c'est, en un mot, une véritable ostéomyélite. Je m'en suis expliqué, du reste, au commencement de l'article lui-même.

« Le terme de *périostite diffuse*, disais-je, qui nous est imposé par un plan tracé antérieurement, ne saurait convenir à désigner une affection dans laquelle non seulement le périoste, mais tous les éléments constituants de l'os sont atteints simultanément. Déjà, à l'article Ostéite (tome XVIII, p. 392 et 432), notre collaborateur et ami, Heydenreich, a signalé le fait, et, tout en informant le lecteur qu'il devait se reporter à l'article *Périoste* pour la description de cette affection, il propose de la désigner sous le nom d'*ostéite aiguë spontanée*. Prenant en considération ce fait que tous les éléments de l'os sont intéressés, on pourrait, au point de vue anatomo-pathologique, lui imposer le nom de *panostéite*. Envisageant, au contraire, au point de vue clinique, l'âge des malades qui sont atteints et le caractère infectieux de la maladie, on devra lui donner le nom d'*ostéite de développement* ou celui d'*ostéomyélite infectieuse* qui tend à être de plus en plus employé aujourd'hui. »

Ces réserves faites sur la véritable désignation qui convient à la maladie, je décris successivement les diverses formes d'ostéomyélite aiguë, puis l'ostéomyélite chronique ou prolongée, dont les effets peuvent se faire sentir de longues années après le début de l'affection.

C. — TÊTE ET COU

19. — Note sur un cas de trépanation du crâne; coïncidence entre les traumatismes crâniens et certains états pathologiques du côté de l'encéphale, notamment le tubercule.

(Société de chirurgie, 30 juillet 1884.)

Le point de départ de ce travail est l'observation d'un petit garçon qui m'avait été adressé dans le service de chirurgie de la Salpêtrière, dont j'étais chargé à ce moment par le professeur Charcot. Cet enfant avait reçu, en jouant, un coup de pied sur la moitié droite de la tête, et il présentait depuis lors une hémiplégie gauche. Pensant qu'il pouvait s'agir là d'une affection traumatique, le professeur Charcot m'engagea à pratiquer la trépanation. C'est ce que je fis; mais nous ne trouvâmes rien de pathologique au cours de l'opération. La mort ne tarda pas à survenir, et, à l'autopsie, on constata la présence d'une énorme tumeur sarcomateuse occupant les régions centrales de l'hémisphère droit.

A propos de ce fait, j'ai réuni dans ce mémoire un certain nombre d'observations analogues, qui démontrent que des états pathologiques graves de l'encéphale (tumeurs malignes, tuberculose), passés jusque-là inaperçus, se sont révélés tout d'un coup à propos d'un traumatisme accidentel. La connaissance de faits de cette nature est très importante au double point de vue de la médecine légale et des indications chirurgicales.

20. — Présentation d'une pièce relative à une fracture du crâne; déduction sur la trépanation primitive dans ses rapports avec les localisations cérébrales.

(*Société de chirurgie*, 24 juillet 1889.)

21. — Extraction d'une balle logée dans le rocher du côté droit; guérison.

(*Société de chirurgie*, 3 juillet 1889.)

22. — Chondrosarcome de la mâchoire supérieure; résection des deux tiers de la mâchoire supérieure; guérison.

(*Société de chirurgie*, 31 novembre 1883.)

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'étendue considérable de la résection de la mâchoire supérieure, rendue nécessaire par l'envahissement du néoplasme; je dus, dans une même séance, enlever complètement le maxillaire supérieur d'un côté, et la plus grande partie de celui du côté opposé pour un chondrosarcome; j'ai suivi pendant plusieurs années ce malade; j'ai dû ultérieurement l'opérer une seconde fois pour une légère récidive.

23. — Éléphantiasis (acné hypertrophique) du nez, traité par la décortication; examen histologique de la pièce.

(*Société de chirurgie*, 31 octobre 1888.)

La décortication du nez, pratiquée dans ce cas, nous a permis de constater l'hypertrophie considérable des vaisseaux et des culs-de-sac glandulaires; l'hémorragie a été si considérable au cours de l'opération, que nous avons dû recourir à l'emploi du thermocautère.

24. — Suppuration d'un kyste thyroïdien à la suite d'accidents de septicémie puerpérale.

(*Société de chirurgie*, 27 mai 1891.)

Ce fait est un exemple de suppuration d'un kyste thyroïdien survenue chez une malade à la suite d'accidents de septicémie puerpérale ; la guérison a été obtenue par le drainage de la poche.

25. — Considérations sur le traitement des fistules trachéales, à propos d'un cas particulier opéré par moi.

(*Société de chirurgie*, 25 avril 1894.)

Dans ce cas particulier, j'ai mis en usage un procédé autoplastique que j'avais déjà appliqué au traitement d'une fistule pénienne, en 1886, dans le service de M. Th. Anger. Il consiste à disséquer tout autour de l'orifice fistuleux une collerette cutanée dont la face cruentée est invaginée dans l'orifice fistuleux, tandis que les deux lèvres de la surface cruentée sont maintenues réunies par la suture.

Mais ce que j'ai voulu surtout démontrer, c'est la possibilité de voir se produire la réunion secondaire lorsque, par une première opération, on a détaché la trachée de ses adhérences à la peau. Cela prouve que le fait principal, dans les fistules trachéales, c'est l'adhérence de la trachée à la peau, au fond de l'infundibulum cicatriciel profond qui caractérise les fistules trachéales ; mobiliser la trachée de façon que, dans les mouvements de locomotion nécessités par l'inspiration et l'expiration, elle n'entraîne pas avec elle le tégument externe ; c'est là la condition essentielle qui doit être remplie dans tous les procédés de traitement des fistules trachéales.

D — THORAX ET GLANDE MAMMAIRE

26. — Pleurésie double chez un tuberculeux, traitée par la thoracentèse.

(*Journal de médecine de l'Ouest*, 1870, p. 159.)

27. — Pleurésie purulente; fistule cutanée; vomique; opération d'Estlander deux fois répétée; résection de huit côtes; guérison avec persistance d'une petite fistule pleurale.

(*Congrès français de chirurgie*, 16 mars 1888.)

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans que j'opérai une première fois, en 1884, dans le service du professeur Verneuil, pour un empyème chronique. Je fis à ce moment une résection portant sur quatre côtes : les sixième, septième, huitième et neuvième côtes. La guérison n'ayant pas été obtenue, je fis l'année suivante (1885) une seconde opération d'Estlander, à Necker, dans le service du professeur Le Fort. Cette fois la résection porta sur huit côtes. Depuis lors, je n'ai pas perdu de vue ce malade; dernièrement encore (janvier 1899), j'ai eu de ses nouvelles; il reste guéri.

28. — Mémoire sur le cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. Rapport du professeur Le Fort sur ce travail.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, 3 juillet 1888.)

Dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, deux procédés sont applicables : la gastrostomie et le

cathétérisme à demeure. J'ai démontré dans le précédent travail, par plusieurs observations cliniques, que la sonde à demeure, introduite sur un fin conducteur, est très bien tolérée. J'ai pu la laisser en place pendant plusieurs mois. Les avantages, au point de vue de l'alimentation des malades, sont les mêmes que ceux fournis par la gastrostomie, c'est-à-dire que les liquides sont aussi facilement injectés par la sonde qu'ils le sont à l'aide de la fistule stomacale.

29. — Névralgie de la mamelle (mamelle irritable) chez l'homme.

(*France médicale*, 7 août 1878.)

30. — Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein.

(*Société de chirurgie*, 16 novembre 1881.)

Dans ce mémoire, je pose comme règle, dans tous les cas de cancer du sein, l'extirpation complète, non seulement de la mamelle, mais encore des ganglions axillaires et des vaisseaux lymphatiques qui unissent les ganglions de l'aisselle à la mamelle. Pour y arriver, je conseille de faire une incision en raquette se prolongeant jusqu'au sommet de l'aisselle, et d'enlever la mamelle comme une tumeur pédiculée, extirpant en une seule masse la glande, les vaisseaux lymphatiques et les ganglions. Je me fonde, pour conseiller cette pratique, sur ce fait que, lors même que l'examen clinique ne fait reconnaître aucun ganglion engorgé, la dissection démontre qu'il y a déjà envahissement des ganglions par le néoplasme. En opérant de la sorte, on se met autant que possible, à l'abri des récidives, de la voie lymphatique. Cette manière de procéder est aujourd'hui généralement adoptée.

31. — Notes sur la topographie des ganglions axillaires.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1882, p. 453.)

Ce mémoire fait suite au précédent. Préoccupé de pratiquer l'extirpation complète des ganglions axillaires dans les tumeurs cancéreuses du sein, j'ai étudié la topographie exacte des ganglions axillaires, qui n'était pas indiquée dans nos auteurs classiques d'anatomie.

La dissection de douze régions axillaires chez la femme m'a conduit à diviser ces ganglions en deux groupes : superficiels et profonds. Les ganglions superficiels suivent les branches de l'artère et de la veine mammaire externe et celles de l'artère et de la veine scapulaire inférieure. Les ganglions profonds sont accolés à la veine axillaire elle-même; j'appelle particulièrement l'attention sur un petit ganglion, isolé des précédents et situé beaucoup plus bas qu'eux, dans l'épaisseur même de la mamelle, vers la cinquième côte. Il est utile à connaître; car je l'ai trouvé plusieurs fois dégénéré, et, par son isolement, on comprend qu'il puisse souvent échapper à la dissection.

32. — Extirpation des tumeurs du sein et des ganglions axillaires.

(*Bulletin médical*, 28 août 1888.)

E. — ABDOMEN ET ORGANES GÉNITO-URINAIRES

---

33. — Hernie ombilicale ancienne; hernie de la ligne blanche étranglée; débridement; mort; autopsie.

(*Progres médical*, 12 juin 1875.)

Ce qui faisait, en clinique, l'intérêt de ce fait particulier, c'est que la hernie ombilicale, très volumineuse, masquait la petite hernie de la ligne blanche située au-dessus d'elle. C'est la considération de la douleur, au siége précis de l'étranglement, qui m'a permis de porter un diagnostic exact.

34. — Hernie inguinale étranglée chez un enfant de treize mois; opération (kélotomie); guérison.

(*Progrès médical*, 30 novembre 1875.)

C'est là un exemple des bons résultats que peut fournir la kélotomie dans l'étranglement herniaire, même chez les très jeunes enfants. Le fait est, aujourd'hui, bien établi sur de nombreuses observations. En ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion d'obtenir plusieurs succès par la kélotomie, même chez de très jeunes enfants, dont l'âge ne dépassait pas un à deux mois.

35. — Note sur trois cas de hernie inguinale congénitale étranglée.

(*Société de chirurgie*, 14 mai 1884.)

Cette note est un apport de faits à l'appui de la gravité spéciale de l'étranglement dans les hernies congénitales, vu l'étroitesse des orifices, qui sont les agents de la constriction.

36. — Volumineux fibrome calcifié de la paroi abdominale antérieure chez un jeune homme; extirpation avec ouverture du péritoine; guérison.

(*Société de chirurgie*, 22 mai 1889.)

Le fibrome des parois abdominales est une affection qui se rencontre habituellement dans le sexe féminin. Le cas actuel est particulièrement intéressant, en ce qu'il s'agissait d'un jeune homme de dix-huit ans. En outre, la tumeur, calcifiée dans toute son étendue, représentait une énorme masse de 23 à 24 centimètres de diamètre transversal, sur 14 centimètres de diamètre vertical. Elle était intimement adhérente au péritoine, qui fut ouvert sur une hauteur de 15 à 16 centimètres au cours de l'extirpation. Néanmoins, la guérison fut obtenue avec la plus grande simplicité.

37. — Occlusion intestinale produite par une bride consécutive à une péritonite; bons résultats du traitement par l'opium; laparotomie; guérison.

(*Société de chirurgie*, 27 janvier 1892.)

J'ai rapporté cette observation à l'appui des bons résultats fournis par l'emploi de l'opium et par la diète absolue dans le

traitement de l'occlusion intestinale. Grâce à cette méthode, le ventre est resté parfaitement souple et plat chez notre malade, jeune femme de vingt-six ans. Nous avons pu, chez elle, établir d'une manière complète le diagnostic, grâce à la notion d'une péritonite antérieure, et grâce au siége précis de la douleur. Aussi, lorsqu'au douzième jour de l'occlusion, convaincu que la situation allait en s'aggravant, nous avons entrepris l'opération chirurgicale, celle-ci a été d'une simplicité extrême. Le ventre ouvert, nous sommes immédiatement tombés sur l'obstacle, et nous l'avons levé. La durée totale de l'opération (sutures et pansement compris) n'a pas dépassé quinze minutes; naturellement la malade a guéri sans incident.

38. — Des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu et de leur traitement chirurgical.

(*Bulletin médical*, 11 mai 1887.)

39. — De la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu.

(*Bulletin médical*, 15 juillet 1888.)

Dans les deux mémoires précédents, ainsi que dans les nombreuses discussions qui se sont produites à la Société de chirurgie sur ce sujet, je me suis toujours montré partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas de plaies de l'abdomen par armes à feu. Chaque jour, les faits cliniques, à l'appui de cette manière de voir, vont en se multipliant.

40. — Chute d'une hauteur de 28 mètres. Plaies de tête, luxation du coude droit; fracture du pouce droit; fracture des deux os de l'avant-bras gauche; luxation sus-pubienne de la hanche gauche; déchirure du foie, et épanchement bilieux dans l'abdomen; guérison.

(*Société de chirurgie*, 14 décembre 1892.)

Ce fait est remarquable, non seulement par la multiplicité des lésions, dont l'énoncé est contenu dans le titre de l'observation, mais encore par ce fait que cet homme, employé à la construction de la tour Eiffel, et ayant fait une chute d'une hauteur de 28 mètres, présenta une rupture du foie suivie d'un énorme épanchement bilieux de l'abdomen. Une ponction aspiratrice donna issue à huit litres et demi d'un liquide très fortement chargé de bile. Le liquide ne se reproduisit pas à la suite de la ponction, et le malade, complétement guéri de ses nombreux traumatismes, quitta l'hôpital au bout de quarante-cinq jours.

41. — Plaie de la région dorsale de la moelle par instrument tranchant; extraction d'un fragment de lame de couteau de 6 centimètres de longueur, profondément enfoncé entre la septième et la huitième vertèbre dorsale; guérison.

(Rapport sur cette observation par M. Berger. *Société de chirurgie*, 9 décembre 1885.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans qui, frappé par un épileptique pris subitement de folie furieuse, avait reçu un coup de couteau à la région dorsale, et chez lequel nous pratiquâmes à la Pitié, en 1884, l'extraction d'un corps étranger, constitué par un fragment de la lame profondément implanté dans la colonne vertébrale. Au moment où nous vîmes le blessé, moins de vingt-quatre heures après l'accident, nous

pûmes constater, que la plaie répondait à la partie latérale droite de la colonne vertébrale, au niveau de l'articulation de la septième avec la huitième vertèbre dorsale Elle fut débridée, et le doigt introduit dans la profondeur put reconnaître, immédiatement au-devant des lames vertébrales, mais ne les dépassant que de 2 à 3 millimètres la surface de section de la lame brisée dans la plaie. Après des tentatives multipliées, cette lame put être saisie avec un davier et extraite. La brisure de la lame était obliquement dirigée, de sorte que le fragment resté dans la plaie mesurait 6 centimètres du côté du tranchant et 6 centimètres et demi du côté du dos. La guérison fut la conséquence de cette intervention.

42. — Note sur deux cas de périnéorraphies faites avec succès par le procédé d'Emmet, avec quelques remarques sur ce procédé.

(*Société de chirurgie*, 11 février 1885.)

43. — Article « périnéorraphie » du « Dictionnaire encyclopédique » de Dechambre.

(2e série, t. XXIII, 1887.)

Dans cet article, je divise en trois groupes, tous les procédés de périnéorraphies qui ont été proposés, suivant qu'ils comprennent un, deux ou trois plans de sutures :

1° Les procédés de Guillemeau, Roux, Dieffenbach, sont tous des procédés à un seul plan de sutures ; car, ici, les fils sont passés de la peau du périnée vers les surfaces d'avivement.

2° Aux procédés à deux plans de sutures se rattachent ceux de MM. Verneuil, Richer, Trélat, etc., dans lesquels on fait une suture vaginale et une suture périnéale.

3° Enfin, les procédés à trois plans de sutures comprennent ceux de Langenbeck, Demarquay et Le Fort, qui font une

suture sur chacun des côtés du triangle périnéal avivé, c'est-à-dire une suture vaginale, une suture rectale et une périnéale.

Je donne aussi dans cet article la description du procédé d'Emmet dont l'emploi s'est généralisé depuis lors. Mon collègue M. Pozzi m'a fait l'honneur de reproduire ma description dans son *Traité de gynécologie*.

44. — Des modifications modernes de la lithotritie.

(*Thèse d'agrégation*, Paris 1883.)

Au moment où cette thèse fut écrite, la litholapaxie ou lithotritie rapide de Bigelow, qui a opéré une révolution si complète dans l'histoire de la lithotritie, était encore récente. C'est à la description de cette méthode, à l'exposé du manuel opératoire et de l'appareil instrumental que ce travail est consacré.

45. — Rétrécissement très étroit de l'urèthre compliqué de cystite et de néphrite; intolérance de la sonde à demeure; rétention d'urine et fièvre urineuse; uréthrotomie interne; guérison.

(*Société de chirurgie*, 12 mai 1886.)

46. — Suture primitive et suture secondaire de l'urèthre et du périnée à la suite de l'uréthrotomie externe.

(*Société de chirurgie*, 3 avril 1889.)

47. — Articles « urèthre (rétrécissements) et uréthrotomie ».

En collaboration avec le Dr Desnos.

(*Dictionnaire Encyclopédique* de Dechambre; 5e série, Tome I, 1886.)

F. — MEMBRES

48. — Note sur un cas de conicité physiologique du moignon.

(*Société de chirurgie*, 4 novembre 1882.)

Je fais connaître dans cette note un exemple de cette variété qui a été décrite par M. Verneuil sous le nom de conicité physiologique du moignon; c'est-à-dire qu'un enfant amputé en bas âge voit peu à peu son moignon se déformer et prendre l'apparence conique, à cause de l'accroissement en longueur des os, qui se produit sous l'influence du progrès de l'âge. C'est surtout à la jambe et au bras qu'on observe cette conicité physiologique du moignon, parce qu'ici les épiphyses supérieures, qui fournissent surtout au développement des os en longueur, sont conservées. Depuis lors, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs exemples nouveaux de cette déformation. Chez le malade actuel, le moignon conique était devenu douloureux, à cause de la présence d'un névrome; aussi ai-je dû pratiquer la résection des os dans l'étendue de 10 centimètres, et celle du nerf tibial postérieur; la guérison a été complète.

49. — Résections du squelette pour remédier à des pertes de substance des parties molles.

(*Congrès français de chirurgie, 1888.*)

Ces faits sont une application du principe d'après lequel, en chirurgie, on pratique une résection du squelette d'un

membre, pour l'adapter à la longueur des parties molles, elles-mêmes rétractées.

Le premier cas est relatif à une main bote par rétraction cicatricielle de la région antérieure de l'avant-bras; le tissu de cicatrice fut excisé; les deux os de l'avant-bras furent réséqués dans l'étendue de 3 centimètres environ; la guérison fut obtenue avec restitution de la forme et des fonctions de la main.

Dans le second cas, il s'agissait d'une brûlure de la jambe droite ayant déterminé un pied bot-équin et une ulcération permanente à la partie inférieure et externe de la jambe; je fis la résection tibio-tarsienne; la guérison fut obtenue avec redressement du pied et cicatrisation de l'ulcère.

50. — Note sur un cas de syphilis osseuse congénitale.

(*Société de chirurgie*, 30 juillet 1884.)

Il s'agit d'un cas de cette déformation caractéristique du tibia, dans laquelle l'os présente à la fois un aplatissement latéral et une courbure à convexité antérieure exagérée, et à laquelle on peut donner le nom de tibia en lame de sabre ou tibia platicnémien. La petite malade présentait d'ailleurs des ulcérations gommeuses multiples.

51. — Des arthrites syphilitiques.

(*Bulletin médical*, 29 mai 1889.)

J'ai eu l'occasion d'observer bon nombre de cas d'arthrites syphilitiques; ce qui m'a toujours frappé, c'est le peu d'intensité de la douleur et des troubles fonctionnels dans ces cas, de sorte qu'on peut leur donner le nom d'arthropathies bien plutôt que celui d'arthrites véritables. Le signe auquel j'attache la plus grande importance, c'est la présence de

nodosités gommeuses existant au point de réflexion de la synoviale sur les extrémités osseuses et constituant là de petites tumeurs faciles à reconnaître en clinique.

52. — Des malformations congénitales de l'articulation de l'épaule.

(*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, juillet 1878.)

53. — De l'intégrité du faisceau claviculaire du trapèze dans la paralysie infantile du membre supérieur.

(*France médicale*, 22 octobre 1879.)

Dans les deux mémoires précédents, je m'efforce d'établir que bon nombre de luxations congénitales de l'épaule sont dues à la paralysie infantile, comme cela a été admis par M. Verneuil pour les luxations congénitales de la hanche; j'établis, en outre, que la paralysie infantile qui frappe les muscles du bras, de l'épaule, les pectoraux, respecte toujours le faisceau claviculaire du trapèze, sans doute à cause de la source spéciale d'où il tire son innervation (nerf spinal).

54. — Traumatisme par coup de feu de l'aisselle gauche, désarticulation interscapulo-thoracique; mort.

(*Société de chirurgie*, 5 octobre 1887.)

Grâce à la section de la clavicule et à la ligature préalable de l'artère et de la veine axillaires, l'opération put être facilement exécutée. Mais le malade, qui avait perdu beaucoup de sang et qui présentait déjà une septicémie grave, ne tarda pas à succomber.

55. — Contribution à l'étude des affections du tendon d'Achille; cellulite péritendineuse du tendon d'Achille; fibrome double du tendon d'Achille.

(*Archives générales de médecine*, janvier 1884.)

Le but de cette note est d'établir que la gaine celluleuse qui entoure le tendon d'Achille est susceptible de présenter les mêmes affections que les synoviales tendineuses et les bourses séreuses. Dans le cas dont il s'agit, un jeune homme présenta au cours d'une blennorrhagie une cellulite péritendineuse du tendon d'Achille caractérisée par des bosselures multiples sur le trajet de ce tendon. Depuis lors, j'ai pu constater des cas analogues chez des malades rhumatisants.

56. — Fracture itérative de la rotule; suture de la rotule; guérison.

(*Société de chirurgie*, 30 janvier 1889.)

57. — Nouvel exemple de fracture itérative de la rotule; suture des fragments; guérison.

(*Société de chirurgie*, 27 mars 1889.)

Dans les deux mémoires précédents, je m'efforce d'établir que l'une des principales indications de la suture osseuse, c'est l'existence de fractures itératives de la rotule. Cette variété de fractures, en effet, quand elles ne sont pas convenablement traitées et qu'elles n'aboutissent pas à une consolidation solide, détermine très souvent une déplorable infirmité.

58. — De l'extirpation des tumeurs du triangle de Scarpa.

(*Revue de chirurgie*, 1886, p. 361.)

Ce qui fait l'intérêt et la difficulté de l'ablation des tumeurs du triangle de Scarpa, ce sont les connexions intimes de ces tumeurs avec les vaisseaux fémoraux. A un moment donné, on a pu croire que la ligature simultanée de la veine et de l'artère fémorales donnait fatalement naissance à la gangrène du membre. J'ai démontré la différence essentielle sous ce rapport entre les cas de ligatures portant sur le tronc de l'artère et de la veine fémorales communes, et ceux où la ligature était placée sur ces vaisseaux, après la naissance de l'artère et de la veine fémorales profondes. Si, dans le premier cas, la gangrène est fortement à craindre, elle est beaucoup moins à redouter quand les roues de l'artère et de la veine fémorales profondes sont restées perméables.

59. — Sur les lésions artérielles dans les traumatismes; écrasement de la cuisse droite; rupture de l'artère et de la veine fémorales; anévrysme diffus primitif; amputation de la cuisse; examen des vaisseaux rompus.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1878, p 335.)

Il est habituel, dans les cas de plaies des artères par arrachement, de rencontrer sur le bout supérieur un effilement des tuniques du vaisseau, qui met fin à l'hémorragie; dans les plaies par écrasement, il en peut être autrement. Le bout inférieur peut représenter le point fixe et présenter l'effilement de ses tuniques, tandis que le bout supérieur continue à verser du sang. C'est justement un cas de ce dernier ordre que je rapporte dans le mémoire actuel; de sorte qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a lieu de différencier les unes des autres les plaies des artères par arrachement et par écrasement.

60. — Ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme inguinal; guérison.

(*Société de chirurgie*, 15 novembre 1882.)

61. — Mémoire sur les anévrysmes inguinaux et la ligature de l'iliaque externe.

(*Société de chirurgie*, 11 juin 1884.)

Ces deux mémoires se font suite l'un à l'autre. Dans le premier, je fais connaître un cas de guérison de ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrysme inguinal. La ligature a été faite avec un fil de catgut n° 3, et la plaie a guéri très simplement, presque sans suppuration. J'ai revu ce malade le 25 avril 1885; il restait parfaitement guéri, la cicatrice est tout à fait linéaire, il n'y a aucune trace d'éventration; la poche est réduite à une petite bosselure de la grosseur d'une très petite noisette, non pulsatile. Au-dessus d'elle et à son côté externe, on sent une artère très dilatée, qui est probablement la tégumenteuse abdominale.

Dans le second mémoire, j'étudie, à propos du fait précédent, les anévrysmes inguinaux et la ligature de l'artère iliaque externe. Je démontre, en m'appuyant sur les observations, l'importance des bubons suppurés de l'aine dans l'étiologie des anévrysmes inguinaux. En ce qui concerne le traitement, mes conclusions sont basées sur l'étude de quatre-vingt-dix cas de ligature de l'iliaque externe publiés de 1869 à 1883, postérieurs, par conséquent, à la statistique d'Eutter, qui a paru dans l'*American journal* de 1864. Ces conclusions sont très favorables à l'emploi de la ligature.

62. — Traitement des anévrysmes par la ligature au catgut. Anévrysme diffus de l'artère humérale à la partie supérieure, ouverture du sac et ligature au catgut des deux bouts de l'artère; guérison.

(*Société de chirurgie*, 26 décembre 1888.)

63. — Note sur quatre cas d'anévrysmes artériels.

(*Congrès français de chirurgie*, 12 octobre 1889.)

64. — Anévrysme de l'artère poplitée chez un enfant de sept ans et demi; ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter; guérison.

(*Société de chirurgie*, 13 février 1895.)

Les anévrysmes artériels sont très rares chez les enfants, c'est ce qui fait l'intérêt de ce cas particulier; la guérison a été obtenue sans incident par la ligature.

2° TRAVAUX RELATIFS A LA CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE

Placé depuis 1889 à la tête d'un service de chirurgie d'enfants, je me suis consacré spécialement depuis cette époque à l'étude de la chirurgie infantile et orthopédique.

Déjà, en 1889, chargé de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, en remplacement du professeur Richet, je me suis occupé particulièrement de la chirurgie orthopédique, et j'ai publié, à ce moment, un volume dans lequel sont réunies les leçons que j'ai faites sur ce sujet.

A. — TRAITÉS GÉNÉRAUX

65. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.

1 vol. de 600 pages, avec 40 figures dans le texte. (Masson, Paris, 1889.)
(Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Godard.)

Cet ouvrage comprend 36 leçons, dont la plupart sont consacrées aux maladies chroniques des articulations, au mal de Pott, au torticolis, au pied bot, au genre valgum, etc. J'y rap-

porte les faits intéressants qui se sont produits dans le service sur ces divers sujets. J'y traite un certain nombre de sujets nouveaux, tels que l'arthrodèse tibio-tarsienne dans la paralysie infantile, l'opération d'Ogston dans le pied plat valgus douloureux, l'opération de Phelps dans le pied bot, la ténotomie à ciel ouvert du sterno-mastoïdien dans le torticolis.

66. — Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale.

1 vol. de 767 pages, avec 312 figures dans le texte et deux planches en couleur. (Masson et Cie, Paris, 1898.)

Cet ouvrage résume une partie des leçons que j'ai faites pendant les huit années que j'ai passées comme chirurgien des Enfants Assistés, de 1889 à 1898; j'y traite seulement des maladies chirurgicales d'origine congénitale. Sous ce titre, je comprends non seulement les affections qui existent au moment même de la naissance, mais encore celles qui peuvent se montrer plus ou moins longtemps après, en vertu d'une disposition congénitale. C'est ainsi, par exemple, que bon nombre de hernies n'existent pas au moment même de la naissance; elles se produisent plus ou moins longtemps après, et cela en vertu d'une disposition congénitale, qui est ici la persistance du canal vagino-péritonéal. De même aussi, bon nombre de kystes dermoïdes font leur apparition seulement au moment de la puberté. Mais l'inclusion du tégument externe qui est leur origine remonte à la vie intra-utérine. Ces diverses affections méritent donc bien le nom de maladies chirurgicales d'origine congénitale. En écrivant cet ouvrage, je me suis proposé un double but : D'abord contribuer, dans la mesure de mes forces, aux progrès de la science, en publiant tous les faits cliniques et anatomo-pathologiques étudiés dans mon service et dans mon laboratoire. Pour cela, j'ai multiplié autant qu'il était nécessaire les

planches exécutées d'après les dessins, les photographies et les radiographies faites dans mon laboratoire. Mon second but a été de diffuser autant que possible les notions relatives aux maladies congénitales, et ainsi de contribuer à l'enseignement. Pour cela, j'ai fait précéder chaque chapitre particulier des notions embryologiques nécessaires à l'intelligence du sujet.

L'ouvrage est divisé en quatre sections, comprenant :

Première section. — Maladies congénitales du rachis, de la tête et du cou ;
Deuxième section. — Maladies congénitales du tronc ;
Troisième section. — Vices de conformation des membres ;
Quatrième section. — Néoplasmes ou tumeurs d'origine congénitale.

Cet ouvrage a été couronné par l'Académie de médecine (prix Laborie, 1898) ; l'Institut lui a accordé une mention honorable (concours des prix Monthyon, médecine et chirurgie, 1898). Il est traduit en allemand.

67. — Revue d'orthopédie.

Depuis 1890, j'ai fondé et je dirige un journal spécialement consacré à la chirurgie orthopédique : la *Revue d'orthopédie*, journal déjà très répandu en France et à l'étranger, destiné à favoriser et à propager les progrès de cette science et à entrer en lutte avec les journaux de même ordre publiés à l'étranger : le *Deutsche zeitschrift für orthopædische chirurgie*, en Allemagne, et les *Archivio di ortopedia*, en Italie.

Un journal de cet ordre devait naturellement faire une très grande place aux figures. Aussi ai-je dès longtemps annexé à mon service un laboratoire de photographie et de radio-

graphie qui me permet d'étudier et de reproduire tous les faits intéressants qui se présentent à mon observation.

A côté des ouvrages d'ensemble qui précèdent, j'ai publié un très grand nombre de travaux particuliers relatifs à la chirurgie infantile et orthopédique. J'en donnerai ici l'énumération.

B. — BEC-DE-LIÈVRE

---

68. — Traitement opératoire du bec-de-lièvre compliqué.

(*Société de chirurgie*, 18 mars 1896.)

69. — Bec-de-lièvre double et compliqué de la lèvre supérieure; réfection de l'orifice de la narine droite au moyen du lobule médian.

(*Société de chirurgie*, 24 février 1897.)

Le procédé que je conseille vise les cas dans lesquels la fente se continue largement avec la narine, qui est elle-même déplissée et étalée sur la joue. Il consiste à refaire l'orifice de la narine au moyen d'une des lèvres mêmes de la fente labiale, qui, pivotant autour de son point d'insertion, de verticale, devient horizontale. Elle est fixée dans cette position par la suture, de façon à reconstituer sur le type normal l'orifice de la narine. Le bord libre de la lèvre est ensuite réparé au

moyen d'un lambeau taillé à la façon de Mirault (d'Angers) sur l'autre bord de la solution de continuité. J'ai obtenu par ce procédé plusieurs résultats très satisfaisants.

Dans le cas que j'ai présenté, en 1897, à la Société de Chirurgie, le bec-de-lièvre était double, avec cette particularité que, tandis qu'à droite la fente était complète et pénétrait jusque dans la narine, à gauche, au contraire, il s'agissait d'une fente incomplète et la narine était bien conformée. Dans ce cas, je me suis servi du lobule médian, rendu horizontal, pour reconstituer l'orifice de la narine droite; puis j'ai reformé le bord libre de la lèvre, à l'aide d'un lambeau taillé à la façon de Mirault (d'Angers). J'ai revu dernièrement cet enfant âgé aujourd'hui de cinq ans ; chez lui, la réparation de la lèvre supérieure ne laisse rien à désirer.

C. — SPINA-BIFIDA

A propos du spina-bifida, j'ai fait connaître, le premier en France, cette forme particulière de spina-bifida à laquelle Recklinghausen a donné le nom de spina-bifida occulta ou sans tumeur.

Cette forme se différencie du spina-bifida ordinaire en ce qu'ici il n'y a pas de tumeur appréciable à l'extérieur. C'est seulement par la palpation profonde du rachis qu'on sent une interruption au niveau de la crête des apophyses épineuses. Très fréquemment aussi ce vice de conformation se traduit au dehors par la présence d'une touffe de poils au-devant de la région rachidienne ; enfin, dans bon nombre de cas, c'est

l'existence de troubles trophiques — pied bot, mal perforant, troubles de la sensibilité — qui met sur la trace de son existence.

70. — Mal perforant chez un jeune homme présentant les traces d'un spina-bifida guéri à la naissance et un infundibulum para-coccygien.

(*Société de chirurgie*, 1er octobre 1884.)

71. — Du mal perforant lié à certaines formes de spina-bifida latent ou sans tumeur.

(*Bulletin médical*, 7 septembre 1887.)

Depuis lors j'ai eu l'occasion d'observer quelques nouveaux exemples de cette malformation que j'ai fait publier par mes élèves, MM. Ardouin et Sainton. Je les cite ici, parce que les observations ont été recueillies par moi-même dans mon service.

72. — Sainton, note sur un cas de spina-bifida occulta.

(*Revue d'orthopédie*, 1er novembre 1891, p. 455.)

73. — Ardouin, spina-bifida latent ou sans tumeur.

(*Revue d'orthopédie*, novembre 1896, p. 478.)

74. — Volumineuse tumeur de la région fessière constituée par une méningocèle faisant issue à travers l'extrémité inférieure du canal sacré chez une femme de cinquante-trois ans; extirpation; guérison.

(*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 14 avril 1886.)

Ce qui, dans ce cas particulier, rendait le diagnostic très difficile, c'était l'âge avancé de la malade. Cette femme ne donnait d'ailleurs que des renseignements très peu précis sur le début de son affection. L'opération permit de vérifier la communication avec le canal vertébral.

75. — Mémoire sur un cas de spina-bifida, d'apparence myxomateuse, traité par l'extirpation; guérison.

(*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1896; rapport sur cette observation par M. Berger.)

J'appelle l'attention dans ce travail sur certaines formes caractérisées par l'œdème des enveloppes du spina-bifida et auxquelles on peut donner le nom de spina-bifida d'apparence myxomateuse. Telle est l'apparence de ces tumeurs qu'on pourrait les croire constituées par un sac distendu par du liquide, tandis qu'en réalité elles sont tout entières constituées par un tissu d'apparence myxomateuse, analogue à la gélatine de Wharton. J'ai rencontré au crâne un fait semblable, relatif à une méningocèle de la région occipitale qui m'avait été adressée dans mon service par mon collègue et ami le Dr Sevestre. Tels étaient ici encore les caractères de la tumeur très transparente et très manifestement fluctuante qu'on aurait pu attribuer à une poche distendue par du liquide, tandis que la masse tout entière était constituée par un tissu gélatineux.

D. — VICES DE CONFORMATION DE L'ANUS ET DU RECTUM

76. — Ectopie vulvaire de l'anus.

(Leçon clinique publiée dans le *Bulletin médical,* février 1894.)

J'ai proposé de donner le nom d'ectopie vulvaire et vaginale de l'anus à ces cas dans lesquels le rectum est normalement conformé, mais vient s'ouvrir par un orifice situé à la vulve ou dans le vagin, au lieu de s'ouvrir au niveau de l'anus normal.

Le procédé opératoire qui convient à cette variété de vice de conformation de l'anus, c'est la transplantation de l'anus au périnée ; je lui ai dû plusieurs succès, dont un présenté à la Société de chirurgie.

77. — Ectopie vulvaire de l'anus guérie par la transplantation de l'anus au périnée.

(*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie,* 1er avril 1896, page 305.)

Le procédé consiste à détacher complètement le rectum de ses connexions avec la vulve ou le vagin, à l'attirer en bas et en arrière dans la plaie du périnée et à l'y fixer par la suture. Dès lors, l'orifice anormal de la vulve ou du vagin, cessant de livrer passage aux matières fécales, se ferme spontanément.

78. — Imperforation ano-rectale, traitée antérieurement par l'anus iliaque; rupture des adhérences, prolapsus de l'intestin grêle, éduction des anses intestinales prolabées, rétablissement de l'anus normal, suppression de l'anus iliaque; guérison.

(*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 28 décembre 1898, p. 1174.)

Cette observation présente un grand intérêt. L'enfant qui en fait le sujet, né avec une imperforation ano-rectale, avait été opéré par un chirurgien qui, ne trouvant pas l'ampoule rectale au périnée, avait établi un anus iliaque. Le dixième jour après la naissance, l'enfant me fut présenté dans un état général excessivement grave, avec un énorme prolapsus se faisant par l'anus artificiel. Au moment où j'exerçais une pression sur le prolapsus pour en obtenir la réduction, l'enfant faisant un violent effort, toutes les adhérences péritonéales se rompirent et la plus grande partie de l'intestin grêle fit issue au dehors. Les anses intestinales, sorties de l'abdomen, furent enveloppées dans une compresse aseptique; l'enfant fut endormi, et je procédai à l'opération qui comprit la réduction des anses intestinales herniées, le rétablissement de l'anus normal et la fermeture de l'anus artificiel. Malgré son âge (dix jours), l'enfant supporta très bien cette opération complexe, et, depuis lors, il s'est régulièrement développé. Ce fait peut être invoqué à l'appui de la méthode qui consiste, dans les cas où l'on ne réussit pas à trouver l'ampoule rectale par le périnée, à ouvrir l'abdomen, à chercher l'S iliaque et à lui pratiquer une boutonnière. On fait ensuite de haut en bas le cathétérisme du bout inférieur, et on rétablit l'anus normal.

79. — Absence de l'anus et du rectum, en coïncidence avec des malformations multiples : opération, mort, autopsie.

(*Revue d'orthopédie*, juillet 1895.)

Ce fait est intéressant par la coexistence de malformations multiples : ectopie verticulaire, anomalies artérielles, l'artére iliaque primitive droite venant de l'artère ombilicale, etc. Mais il est intéressant surtout au point de vue clinique, parce qu'ici les uretéres présentaient une énorme dilatation. Par là, on s'explique ces cas dans lesquels le chirurgien, cherchant l'S iliaque pour établir un anus artificiel, a ouvert l'uretére, croyant ouvrir le gros intestin.

E.—PERSISTANCE DU DIVERTICULUM DE MECKEL A L'OMBILIC

80. — Vices de conformation consécutifs à la persistance du diverticulum de Meckel.

(*Bulletin médical*, mai 1897.)

81. — Rapport sur une observation de M. Broca, relative à la persistance d'un diverticulum de Meckel, ouvert à l'ombilic et invaginé au dehors.

(*Société de chirurgie*, 7 novembre 1894.)

Les divers accidents, fistules stercorales, prolapsus, étranglement intestinal, dus à la persistance du diverticulum de Meckel, ont été peu étudiés en France. Dans les deux travaux

précédents, je me suis appliqué à faire connaître ces divers accidents, et, en particulier, les schémas de Barth et de Zumwinkel, qui résument les diverses dispositions que l'on peut rencontrer. Sur ce même sujet, j'ai inspiré la thèse de mon élève, le Dr Thébault, intitulée : *Fistules par persistance du conduit vitellin* (Thèse de doctorat, Paris, 1889).

F. — TUMEURS CONGÉNITALES DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

---

82. — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

(*Bulletin médical*, mars 1897.)

83. — Rapport sur une observation de tumeur congénitale sacro-coccygienne, présentée à la Société de chirurgie par M. Broca.

(*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1895, page 309.)

La pathogénie des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne est encore fort obscure. Dans les deux travaux précédents, je me suis appliqué à faire connaître les deux hypothèses pathogéniques qui sont le mieux en rapport avec les progrès de l'embryologie moderne, savoir : le développement de ces tumeurs aux dépens des vestiges médullaires de Tourneux et Herrmann et leur formation aux dépens de l'intestin post-anal, lui-même vestige du canal neurentérique, dont l'existence chez l'embryon humain a été démontrée par Graf von Spee. Au point de vue pratique, j'ai rapporté l'observation d'une énorme tumeur kystique sacro-coccygienne enlevée par moi avec succès sur une petite fille, trente-six heures après la naissance.

G. — TORTICOLIS

84. — Section à ciel ouvert des deux chefs sternal et claviculaire du sterno-mastoïdien.

(*Société de chirurgie*, 20 février 1889.)

Dans l'article précédent, aussi bien que dans mes *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, et dans mon *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, j'ai étudié le torticolis. Au point de vue anatomo-pathologique, j'ai fait connaître un cas de torticolis congénital dans lequel l'examen histologique nous a permis, à mon chef de laboratoire, le Dr Küss, et à moi, de reconnaître une dégénérescence fibreuse très étendue du muscle; au point de vue thérapeutique, j'ai été l'un des premiers à défendre, en France, la ténotomie à ciel ouvert du sterno-mastoïdien, préconisée en Allemagne par Volkmann, comme étant à la fois beaucoup plus efficace et beaucoup moins dangereuse que la ténotomie sous-cutanée. Ce n'est pas à dire que cette dernière opération doive être complètement rejetée. Elle reste bonne pour les cas simples, la ténotomie à ciel ouvert convenant mieux pour les cas graves. Comme appareil de redressement, après l'opération, j'ai fait connaître un appareil très simple, qui est une modification de celui de Sayre, et qui se compose de deux appareils circulaires prenant point d'appui l'un sur le thorax, l'autre sur la région frontale, et reliés l'un à l'autre par un tube de caoutchouc, de façon à maintenir la tête d'une manière permanente dans une direction opposée à celle que lui imprime le torticolis.

II. — SCOLIOSE

---

85. — Pathogénie et traitement de la scoliose essentielle des adolescents.

(Mémoire présenté au Congrès international des Sciences médicales, à Berlin, 1890, et *Revue d'orthopédie*, 1890.)

86. — Des déviations latérales du rachis dans le mal de Pott, pouvant simuler la scoliose.

(*Revue d'orthopédie*, 1er novembre 1892.)

87. — Des scolioses liées à l'existence de la paralysie infantile.

(*Revue d'orthopédie*, 1er juillet 1893.)

88. — Cypho-scoliose de la première enfance coïncidant avec un genu valgum de l'adolescence chez un jeune homme de seize ans.

En collaboration avec M. Schwartz.
(*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1894.)

89. — Kirmisson et Sainton : Des scolioses paradoxales.

(*Revue d'orthopédie*, juin 1895.)

La scoliose, comme les autres difformités dont s'occupe la chirurgie orthopédique, peut être considérée à un double point de vue. Elle peut être regardée comme une expression symptomatique se retrouvant dans un très grand nombre de

circonstances pathologiques très différentes les unes des autres. C'est ainsi, par exemple, qu'il y aurait des scolioses secondaires au torticolis, des scolioses d'origine statique, tenant à une inclinaison vicieuse du bassin, des scolioses névropathiques, au nombre desquelles se place la scoliose liée à l'existence de la paralysie infantile, dont j'ai fait connaître un certain nombre d'exemples. Dans cette variété de scoliose, la convexité de la courbure est le plus ordinairement tournée du côté sain : ce qui peut être invoqué à l'appui de la théorie défendue par moi, à savoir que, dans la scoliose habituelle, ce sont les muscles qui répondent à la concavité de la courbure qui doivent être regardés comme affaiblis.

Les différentes scolioses symptomatiques mises de côté, il est une scoliose que l'on peut dire primitive ou essentielle. Or celle-ci se rencontre à deux périodes distinctes de l'existence : 1° pendant la première enfance, où elle se rencontre habituellement avec les autres manifestations du rachitisme; 2° pendant l'adolescence. Je me suis efforcé, dans tous mes travaux, d'établir qu'il n'y a pas de différence pathogénique entre ces deux variétés de la scoliose essentielle. En effet, la scoliose de l'adolescence s'observe pendant la période de croissance de la colonne vertébrale et est liée à un trouble de l'ossification.

Au point de vue clinique, je me suis appliqué à différencier les unes des autres les diverses variétés de scoliose. J'ai surtout appelé l'attention sur les déviations latérales du rachis survenant dans le mal de Pott. Lorsque ces déviations latérales du rachis se montrent au début de la maladie, alors que la déformation angulaire et médiane, caractéristique du mal de Pott, n'a pas encore fait son apparition, on est exposé à les prendre pour des scolioses véritables. J'ai vu plusieurs exemples de semblables erreurs de diagnostic.

Sous le nom de scolioses paradoxales, j'ai décrit des cas dans lesquels la déviation latérale du rachis et la voussure des côtes sont dirigées en sens inverse. Telle malade, par exemple, présente, à première vue, une inclinaison latérale du rachis

dont la convexité est tournée à gauche ; on s'attend chez elle à trouver une voussure des côtes du côté correspondant et cependant, lorsqu'on fait pencher le tronc en avant, on constate que la voussure costale est située à droite, c'est-à-dire du côté opposé.

Au point de vue du traitement, j'attache une très grande importance à la gymnastique orthopédique.

Aussi, dès mon arrivée aux Enfants-Assistés, en 1889, ai-je installé une salle spéciale, pourvue de tous les appareils nécessaires pour l'application de cette gymnastique orthopédique. Lorsque j'ai quitté les Enfants-Assistés, d'accord avec M. le directeur de l'Assistance publique, j'ai transporté cette installation spéciale, qui n'avait point encore trouvé place dans nos hôpitaux, à l'hôpital Trousseau, où elle fonctionne actuellement.

I. — PIED BOT

90. — Traitement du pied bot par la méthode de Phelps; présentation de moulages et de malades à l'appui des bons résultats fournis par cette opération.

(*Congrès français de chirurgie*, 11 octobre 1889.)

91. — Kirmisson et Charpentier : L'obliquité du col de l'astragale dans le pied bot varus équin congénital; son mode de mensuration.

(*Revue d'orthopédie*, juin 1895.)

92. — Anatomie pathologique et traitement du pied bot varus équin congénital.

(*Revue d'orthopédie*, mai 1896.)

93. — Double pied bot varus équin congénital guéri par l'incision de Phelps et la large arthrotomie médio-tarsienne.

(*Société de chirurgie*, novembre 1896.)

J'ai pu, pendant mon séjour aux Enfants-Assistés, faire de nombreuses dissections de pied bot congénital, qui m'ont permis d'étudier les déformations osseuses du tarse dans cette affection. Parmi celles-ci, la plus constante et la plus importante au point de vue pratique, c'est l'obliquité exagérée de la tête et du col de l'astragale par rapport au corps de l'os.

Elle se rapproche de ce qu'on observe normalement chez le nouveau-né et chez les primates tels que l'orang et le chimpanzé.

Au point de vue thérapeutique, je suis partisan du traitement en deux temps préconisé par Adams, c'est-à-dire que je commence à m'occuper du varus ; quand le varus est réduit, je passe ensuite au traitement de l'équinisme. Le traitement doit être entrepris de très bonne heure, quinze jours ou trois semaines après la naissance ; le massage et l'application d'appareils très simples en gutta-percha en font la base. Si le massage est insuffisant, il faut alors recourir à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille.

Dans le pied bot invétéré, je conseille l'incision de Phelps sur le bord interne du pied et la large arthrotomie médio-tarsienne. J'ai été le premier, en France, à pratiquer cette opération. Ma première opération a été faite à l'Hôtel-Dieu, le 10 février 1889. Depuis lors, elle m'a toujours fourni des résultats satisfaisants. Dans le mémoire que j'ai présenté en 1896 au Congrès français de chirurgie, j'ai donné le manuel opératoire exact de cette opération et fait connaître les résultats qu'elle m'a fournis dans 71 cas. Ce n'est qu'exceptionnellement que les résections osseuses sont nécessaires ; encore doivent-elles être aussi limitées que possible.

94. — Double pied bot varus par malformation osseuse primitive, associé à des ankyloses congénitales des doigts et des orteils chez quatre membres d'une même famille.

(*Revue d'orthopédie*, septembre 1898.)

Il s'agit ici d'un fait curieux, mais tout à fait distinct des cas de pied bot congénital ordinaires. Tout d'abord, il s'en différencie par le sens même de la déformation. Le pied bot congénital est, on le sait, le plus souvent un pied bot varus équin; ici, il s'agit d'un varus pur. En outre, comme le montrent les radiographies faites dans mon laboratoire, tous les os du tarse sont fusionnés en une masse unique. Ces pieds bots, symétriquement développés sur chacun des deux pieds, coïncident avec des ankyloses congénitales des doigts. Enfin ce qui achève de donner à ce fait un intérêt tout particulier, c'est l'influence de l'hérédité qui se manifeste ici de la manière la plus évidente. La mère est parfaitement bien conformée; le père présente, au contraire, la malformation dont nous venons d'énumérer les éléments : c'est-à-dire qu'il a un double pied bot varus congénital avec ankyloses congénitales des doigts. De ce mariage sont issus six enfants : trois d'entre eux sont bien conformés; les trois autres présentent une difformité identique à celle du père et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que la difformité se reproduit dans la famille avec une régularité parfaite. Il naît toujours un enfant atteint de pied bot et un bien conformé, un enfant atteint de pied bot et un autre normalement conformé, et cela avec une alternance parfaitement régulière.

Au point de vue thérapeutique, chez les deux enfants les plus âgés, j'ai obtenu la réduction en pratiquant une résection partielle de l'astragale. Le troisième enfant atteint de double pied est encore très jeune; mais il est certain que, chez lui, la difformité exigera le même mode de traitement.

J. — PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX

---

95. — Du pied plat valgus douloureux; différents procédés opératoires applicables à la cure de cette affection.

(*Revue d'orthopedie*, 1er janvier 1890.)

96. — Mémoire sur un double pied plat douloureux, traité avec succès par l'opération d'Ogston.

(*Bulletin de l'Académie de medecine*, 1891 ; rapport de M. Duplay.)

97. — Double pied plat valgus douloureux; opération d'Ogston sur le pied gauche; résultat orthopédique et fonctionnel très satisfaisant.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, juin 1895.)

98. — Double pied plat valgus douloureux traité par l'opération d'Ogston.

(*Société de chirurgie*, avril 1897.)

Dans le pied plat, l'indication principale est de soutenir la voûte plantaire par une semelle fortement convexe à la partie interne. Quand la contracture musculaire est venue immobiliser le pied dans son attitude vicieuse, il devient nécessaire d'endormir le malade et de pratiquer sous le chloroforme le redressement suivi de l'application d'un appareil plâtré. Enfin, dans les cas invétérés, quand le redressement ne peut

plus être obtenu, même à l'aide du chloroforme, une intervention chirurgicale devient nécessaire. La lésion siège, suivant moi, dans l'articulation médio-tarsienne. Je rejette donc l'ostéotomie supra-malléolaire de Trendelenburg, qui me semble une opération illogique, ne pouvant procurer le redressement du pied qu'en créant une seconde déviation de sens contraire à la partie inférieure de la jambe, et je conseille l'opération d'Ogston (arthrodèse astragalo-scaphoïdienne) que j'ai été le premier à pratiquer, en France, en 1889, et qui, dans les cas particuliers où elle est indiquée, m'a toujours fourni de très bons résultats.

K. — PARALYSIE INFANTILE ET ARTHRODÈSE

---

99. — De l'arthrodèse.

(*Bulletin médical*, 1891.)

100. — Manuel opératoire et résultats des arthrodèses du pied.

(*Congrès français de chirurgie*, 1895, et *Revue d'orthopédie* de la même année.)

Dans la paralysie infantile des membres inférieurs, la valeur de la ténotomie est très diversement appréciée par les chirurgiens. Pour résoudre la question, il faut, avant tout, prendre en considération l'état des muscles antagonistes du muscle rétracté. Si les antagonistes ont conservé une partie de leur puissance, ce dont on s'assure par l'état de la contrac-

tilité électrique et volontaire, la ténotomie peut fournir les meilleurs résultats. Si, au contraire, les antagonistes sont complétement détruits, on ne pourrait, par la ténotomie, faire autre chose que de substituer à un pied bot fixe un pied ballant (*Schlottergelenk* des auteurs allemands); et, par là, on aggraverait la situation du malade. C'est dans ces cas que l'arthrodèse préconisée par Albert (de Vienne) fournit d'excellents résultats. Pour réaliser la soudure des articulations, je pratique l'enchevillement avec des chevilles en ivoire. Ces chevilles préalablement bouillies sont conservées dans la solution phéniquée forte; elles n'ont jamais été éliminées et, par conséquent, n'ont jamais déterminé de suppuration. Dans mon mémoire communiqué au Congrès de chirurgie en 1895, je rapporte les résultats de quinze arthrodèses du pied que j'ai pratiquées par cette méthode; depuis lors, j'ai fait d'autres opérations semblables, toujours avec un bon résultat.

L. — ABSENCE CONGÉNITALE DU PÉRONÉ

---

101. — Malformation congénitale du membre inférieur droit; incurvation du tibia avec absence du péroné et du dernier orteil.

(*Revue d'orthopédie*, 1891, p. 265.)

102. — De l'absence congénitale du péroné avec flexion angulaire du tibia (prétendue fracture intra-utérine).

(*Société de chirurgie*, mai 1897.)

J'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre d'exemples de la malformation généralement désignée sous

le nom de fracture intra-utérine du tibia. Dans le mémoire qui précède, je m'applique à établir que cette malformation complexe, caractérisée par l'inflexion angulaire du tibia, avec absence du péroné et d'un ou plusieurs orteils, n'est pas le résultat d'une fracture accidentelle, mais bien d'un vice de conformation remontant à la période embryonnaire.

La théorie qui me paraît ici la plus applicable est celle de M. Dareste, qui met ce vice de conformation sur le compte de lésions de l'amnios; et, de fait, on trouve toujours, au devant du sommet de l'angle tibial, une dépression cicatricielle, qui semble bien être la trace d'une bride amniotique.

M. — GENU VALGUM ET GENU RECURVATUM

---

103. — Présentation de pièces anatomiques, provenant de l'autopsie d'un « genu valgum » traité trois ans auparavant par l'ostéoclasie, promptement suivi de récidive.

(*Société de chirurgie*, 27 juillet 1887.)

Ce cas est relatif à un *genu valgum* traité antérieurement par l'ostéoclasie, et qui avait promptement récidivé après l'opération. Le malade ayant succombé trois ans après à la tuberculose pulmonaire, j'ai pu faire l'examen anatomique des lésions. Dans ce cas particulier, la difformité consistait exclusivement en une courbure angulaire à sommet interne, portant sur la diaphyse fémorale, immédiatement au-dessus de l'articulation; les surfaces articulaires elles-mêmes ne participaient en rien à la maladie.

104. — Subluxation congénitale du genou en avant.

(*Société de chirurgie*, 2 decembre 1891.)

Il s'agit ici d'un cas de ce vice singulier de conformation sur lequel M. Guéniot a rappelé l'attention en 1880, et qui a été décrit dans la thèse de son élève, Hibon. C'est le même auquel Volkmann a donné le nom de *genu recurvatum* congénital. Chez la petite malade qui fait le sujet de la présente observation et chez plusieurs autres que j'ai pu observer depuis lors, il m'a été impossible d'obtenir la guérison complète, c'est-à-dire de rendre à l'articulation du genou la totalité de ses mouvements de flexion. D'autres chirurgiens n'ont pas été plus heureux que moi; de sorte qu'il y a lieu de revenir sur le pronostic de cette affection que l'on avait fait tout d'abord trop favorable, pensant qu'un traitement très simple, consistant dans les manipulations et l'emploi de quelques appareils, suffirait à procurer la guérison.

105. — Sur une déformation particulière du genou simulant la luxation du tibia en arrière.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1890.)

A côté du *genu recurvatum* d'origine congénitale que nous venons de signaler, il existe des cas de *genu recurvatum* acquis. Depuis longtemps, Sonnenburg a appelé l'attention sur une flexion qui se passe dans l'épiphyse supérieure du tibia, chez certains malades atteints d'arthrite chronique du genou. J'ai rencontré plusieurs faits de cette nature, et j'en ai reproduit des exemples, soit dans mes *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, soit dans le *Traité de chirurgie*. Mais il est aussi des cas dans lesquels cette flexion. dans l'épiphyse supérieure du tibia, se produit en dehors de toute autre affection. Elle est alors primitive,

et doit être attribuée au rachitisme. C'est à faire connaître ce *genu recurvatum* d'origine rachitique qu'est consacré le travail actuel.

L'affection se présente dans les mêmes conditions que la scoliose ou le *genu valgum*, par exemple ; c'est-à-dire qu'on la trouve dans le rachitisme de la première enfance, où elle est très souvent associée aux autres manifestations du rachitisme, au *genu valgum* en particulier ; et, beaucoup plus tard, dans l'adolescence, où elle existe souvent à l'état isolé, et où, par suite, son interprétation est beaucoup plus difficile.

N. — LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

Depuis une dizaine d'années, la question de la luxation congénitale de la hanche a, de toutes parts, attiré l'attention des chirurgiens. De mon côté, j'ai publié sur ce sujet bon nombre de travaux :

106. — Contribution à l'étude de l'opération de Hoffa dans la luxation congénitale de la hanche, basée sur six observations personnelles.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mai 1893.)

107. — De l'ostéotomie sous-trochantérienne appliquée à certains cas de luxation congénitale de la hanche.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1894.)

108. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des luxations congénitales de la hanche.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mai 1894, et *Congrès international des sciences médicales*, Rome, 1894.)

109. — Traitement des luxations congénitales de la hanche.

(*Société de chirurgie*, avril 1896.)

110. — Résultats des opérations sanglantes dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Traitement mécanique de la luxation congénitale de la hanche.

(*Bulletin médical*, avril 1896.)

111. — Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la méthode non sanglante.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mars 1899.)

Sur ce même sujet, j'ai inspiré la thèse de mon élève, le Dr Sainton : *De l'anatomie de l'articulation de la hanche chez l'enfant* (Thèse de doctorat, Paris, 1893).

Grâce à la complaisance de mon collègue, M. Bar, accoucheur des hôpitaux, j'ai pu, avec M. Sainton, étudier deux cas de luxation congénitale chez des fœtus mort-nés. Dans mon laboratoire des Enfants-Assistés, j'ai étudié en outre plusieurs cas de luxation congénitale de la hanche chez des enfants plus âgés. Les figures reproduisant ces pièces ont été insérées par moi dans mon *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*.

Ces études anatomo-pathologiques, aussi bien que l'observation clinique des malades, m'ont conduit à envisager la

luxation congénitale de la hanche comme une malformation primitive de l'articulation. Il s'agit là bien plutôt d'une *dystrophie* primitive de l'articulation, comme l'appelait, en 1842, von Ammon, dans son beau *Traité des maladies chirurgicales congénitales*, que d'une luxation vraie. Les choses restent ainsi pendant un temps fort long. C'est ce qui explique que la maladie n'est presque jamais reconnue au moment même de la naissance, tant est minime la déformation à ce moment. C'est seulement quand l'enfant commence à marcher (et il marche presque toujours fort tard) qu'on remarque quelque chose d'anormal du côté de la hanche. La difformité s'aggrave avec les progrès de l'âge; la statistique que j'ai établie dans mon mémoire au Congrès de Rome, en 1894, le démontre d'une façon évidente. Si, en effet, l'on observe les malades dans les trois premières années qui suivent la naissance, on trouve le plus habituellement des raccourcissements qui varient entre 1 et 2 centimètres; plus tard, entre trois et cinq ans par exemple, on note assez souvent des raccourcissements de 3 centimètres et 3 centimètres et demi. Au-dessus de cet âge, la valeur du raccourcissement augmente, et l'on arrive à rencontrer fréquemment des malades chez lesquels ce raccourcissement va jusqu'à 5, 7 et 8 centimètres. La conséquence de ces faits, c'est qu'il faut s'appliquer à reconnaître de très bonne heure, à dépister pour ainsi dire la lésion, chez les très jeunes enfants, alors qu'elle n'est marquée que par des signes extrêmement légers, dans l'espoir d'arriver à fixer par un traitement convenable la tête fémorale à cet âge très tendre, et à s'opposer aux progrès de la lésion.

L'extension continue jointe à une position marquée d'abduction est la méthode qui me semble, en pareil cas, mériter la préférence. J'ai, pour son application, fait construire une gouttière articulée spéciale que j'ai présentée à la Société de chirurgie.

112. — Gouttière de Bonnet articulée pour le traitement des luxations congénitales de la hanche.

(*Société de chirurgie*, juillet 1895.)

Plus tard, le traitement est continué par le port méthodique d'appareils embrassant la cuisse et le bassin.

C'est seulement dans les cas où l'on n'aura pas réussi par ce moyen à enrayer l'affection chez les jeunes enfants, que l'on songera ultérieurement à la reposition sanglante ou non sanglante sous le chloroforme, suivant les circonstances particulières dans lesquelles on se trouvera placé.

J'ai été l'un des premiers à introduire en France et à pratiquer la réduction par la méthode sanglante de Hoffa. Plus tard, j'ai abandonné le procédé primitif de Hoffa, comme, du reste, son auteur lui-même, pour me rallier au procédé de Lorenz, qui comporte une incision plus antérieure sans désinsertion des muscles pelvi-trochantériens.

A propos de la méthode non sanglante de réduction, je me suis élevé contre la prétention exagérée de Lorenz, qui pensait obtenir dans tous les cas des réductions véritables. En réalité, la réduction vraie est l'exception; ce que l'on obtient le plus souvent par ce procédé, ce sont des transpositions de la tête fémorale d'arrière en avant, transpositions qui peuvent être très avantageuses au point de vue fonctionnel.

Enfin, pour les cas dans lesquels les malades sont trop âgés et le déplacement trop considérable pour qu'on puisse espérer la réduction, soit par la méthode sanglante, soit par la méthode non sanglante, j'ai conseillé et employé, le premier, l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, qui m'a donné de très bons résultats. Ce procédé a été adopté depuis lors par plusieurs chirurgiens, au nombre desquels je citerai M. Hoffa lui-même. Il permet de corriger la déformation, dans les cas où il y a flexion de la cuisse avec adduction considérable et de rendre ainsi au membre sa direction normale.

O. — INCURVATION RACHITIQUE DU COL DU FÉMUR OU COXA VARA.

---

113. — L'affaissement du col du fémur sous l'influence du rachitisme.

(*Revue d'orthopédie*, 1894, p. 367.)

114. — Analyse d'un travail de Zehnder sur le même sujet (Ueber Schenkelhalsverbiegung).

(*Revue d'orthopédie*, mai 1897.)

115. — Nouveaux faits pour servir à l'étude de l'incurvation rachitique du col fémoral (coxa vara) d'origine congénitale.

(*Revue d'orthopédie*, juillet 1897.)

116. — Documents pour servir à l'étude de l'affaissement du col fémoral (coxa vara).

(*Revue d'orthopédie*, 1898.)

Sur ce même sujet, nous avons inspiré encore la thèse de notre élève Charpentier : *De l'incurvation du col fémoral attribuée au rachitisme* (ou coxa vara).

L'affaissement du col fémoral, désigné aussi sous le nom de *coxa vara*, a été décrit surtout en Allemagne, à la suite des publications de Müller, de Kocher et de Hofmeister. Je me suis efforcé de faire connaître en France cette nouvelle entité morbide, passée jusque-là inaperçue. Mais, tout de suite, j'ai été frappé d'un fait, à savoir que l'affection décrite comme assez fréquente en Suisse et en Allemagne, ne se rencontrait qu'exceptionnellement chez nous. Et, cependant, le rachitisme est loin d'être rare en France et à Paris en particulier.

La raison d'être de cette divergence doit être cherchée dans la manière même de concevoir la nature du coxa vara. Comme beaucoup d'autres déformations, le genu valgum, la scoliose, par exemple, le coxa vara peut être envisagé à un double point de vue, ou comme entité pathologique appartenant au rachitisme, ou comme expression symptômatique se retrouvant dans un grand nombre d'affections diverses, la coxalgie et la luxation congénitale, par exemple. Si, sous le nom de coxa vara, on étudie l'affaissement du col fémoral appartenant à des causes diverses, on doit s'attendre à le rencontrer assez fréquemment. Si, au contraire, on réserve le nom de coxa vara aux seuls affaissements du col fémoral qui se produisent sous l'influence du rachitisme, l'affection est singulièrement plus rare. Comme les autres déformations d'origine rachitique, le coxa vara peut, du reste, se rencontrer à deux périodes de l'existence; pendant la première enfance où sa présence n'est pas très rare, et dans l'adolescence, où elle est beaucoup plus exceptionnelle.

P. — MAIN BOTE

---

117. — Kirmisson et Sainton, Note sur deux cas de mains botes d'origine congénitale.

(*Revue d'orthopédie*, T. III, p. 108, 1892.)

118. — Kirmisson et Longuet, Nouveau cas de main bote congénitale.

(*Revue d'orthopédie*, N° 1, 1893.)

Pendant mon séjour aux Enfants-Assistés, j'ai eu l'occasion d'étudier, au point de vue anatomo-pathologique, plusieurs cas de main bote congénitale liée à l'absence du radius. Les figures représentant l'état du squelette et des muscles, dans ces cas, ont été reproduites, soit dans les deux articles de la *Revue d'orthopédie*, dont je donne ici l'indication, soit dans mon *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*. Cette dissection m'a permis d'établir comme disposition constante, dans les cas de cette nature, l'absence de la coulisse bicipitale et celle de la longue portion du biceps, ainsi que la présence d'un faisceau musculaire anormal au-devant de l'articulation du coude, qui, partant du biceps, va se fusionner par en bas avec les muscles de l'avant-bras.

Q. — SURÉLÉVATION CONGÉNITALE DE L'OMOPLATE

---

119. — De quelques malformations congénitales de l'omoplate; refoulement de l'omoplate par en haut; rotation de l'os sur son axe, telle que l'angle inférieur regarde la colonne vertébrale.

(*Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1893.)

120. — Nouvel exemple de malformation congénitale de l'omoplate; ascension de l'omoplate avec exostose de son bord supérieur.

(*Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1897.)

Dans les deux travaux précédents, j'ai fait connaître, le premier en France, cette curieuse malformation congénitale de l'omoplate, qui consiste dans son refoulement par en haut, malformation décrite en Allemagne par Sprengel. Jusqu'ici la pathogénie exacte de ce singulier vice de conformation n'a pas encore été définitivement établie. Aussi y a-t-il intérêt à faire connaître tous les faits qui se présentent à notre examen. C'est dans ce but que j'ai fait publier par mon assistant le docteur Sainton, et par mon interne M. Joüon, trois nouveaux faits que j'ai pu observer, ce qui porte actuellement à six le nombre de mes observations personnelles.

Voyez :

Sainton, Sur un nouveau cas de déplacement congénital de l'omoplate (*Revue d'orthopédie*, 1898, p. 467).

Et : Note sur un cas de surélévation congénitale de l'omoplate (*Revue d'orthopédie*, 1899, p. 36).

Nouvel exemple de refoulement congénital de l'omoplate par en haut; observation du service de M. Kirmisson, recueillie par M. Joüon, interne du service (*Revue d'orthopédie*, 1er mai 1899).

R. — AFFECTIONS TUBERCULEUSES DES OS ET DES ARTICULATIONS

121. — Traitement des abcès migrateurs du mal de Pott par les injections d'éther iodoformé.

(*Semaine médicale*, juillet 1898.)

Dans ce travail, je me suis proposé de donner la technique exacte des injections d'éther iodoformé, persuadé que la manière de faire a la plus haute importance pour la valeur des résultats, et que les divergences qui se sont produites parmi les chirurgiens sur la valeur de cette méthode tiennent précisément aux divergences qui existent dans la technique opératoire.

122. — Deux volumineux abcès sous-périostiques du fémur en communication avec l'articulation du genou, guéris par les injections iodoformées.

(*Revue d'orthopédie*, 1er novembre 1894.)

123. — Bons effets des injections iodoformées dans les abcès du mal de Pott.

(*Revue d'orthopédie*, 1er novembre 1894.)

124. — Traitement conservateur des tuberculoses osseuses et articulaires de l'enfance.

En collaboration avec mon interne M. Ardouin.

(*Revue d'orthopédie*, mars 1897.)

125. — De l'ignipuncture intra-cellulaire dans le traitement des arthrites tuberculeuses.

(*Union médicale*, 1894, n° 51.)

En fait de tuberculose osseuse et articulaire, j'ai toujours défendu chez les enfants l'emploi des méthodes conservatrices. D'abord, parce que, chez eux, la tuberculose a la plus grande tendance à évoluer vers la guérison ; ensuite, parce que les méthodes radicales, telles que les résections pratiquées dans le jeune âge, donnent de mauvais résultats. Outre les injections iodoformées dans les abcès froids, dont j'ai parlé plus haut, je suis revenu à l'emploi de l'ignipuncture. Si ce dernier moyen n'a donné dans la chirurgie ancienne que des résultats assez médiocres, cela tient à des causes multiples. Tout d'abord l'ignipuncture était pratiquée sans aucune précaution antiseptique ; très souvent la peau des malades atteints d'arthrites chroniques chez lesquels on appliquait ce moyen était recouverte de matières septiques. En outre, l'ignipuncture pratiquée à l'aide de cautères trop volumineux créait dans la peau et dans les couches sous-jacentes des trajets trop larges, qui avaient la plus grande tendance à la suppuration. Celle-ci se propageait trop souvent à la cavité synoviale elle-même et conduisait à une arthrite suppurée, qui ne laissait d'autre ressource que l'amputation.

Employée comme je la pratique aujourd'hui, l'ignipuncture est à l'abri de ces graves inconvénients ; tout d'abord j'emploie les mêmes précautions antiseptiques rigoureuses que dans toute autre opération ; ensuite je me sers de pointes fines du thermocautère, dont l'épaisseur ne dépasse pas 2 à 3 millimètres. Je puis ainsi faire une révulsion extrêmement étendue en surface et en profondeur, sans avoir les dangers de la suppuration. La compression élastique préconisée par Bier, en Allemagne, est aussi capable de donner d'excellents résultats. Toutefois je ne l'emploie pas comme ce dernier auteur, c'est-à-dire que je ne place pas à la racine du membre un tube d'Ermarch, de façon à produire une stase veineuse; j'enveloppe le membre tout entier avec la bande de caoutchouc.

126. — Traitement de la coxalgie.

(*Société de chirurgie*, mai 1897.)

En ce qui concerne la coxalgie, j'ai conseillé d'appliquer à son traitement les principes qui nous guident dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, c'est-à-dire l'immobilisation du membre dans une position moyenne d'abduction, de façon à favoriser l'emboîtement exact de la tête dans la cavité cotyloïde, et à s'opposer à la production des luxations. Chaque jour, en effet, je le répète dans mon enseignement, l'adduction dans la coxalgie, c'est là la source de tous les maux. C'est elle qui détermine peu à peu l'usure réciproque de la tête et de la partie postérieure et supérieure de la cavité cotyloïde ; de là, à un moment donné, la complication de luxation. Alors même que la luxation ne se produit pas, quand le membre est ankylosé dans une position marquée d'adduction, le malade, debout, est obligé, pour ramener les deux membres inférieurs au parallélisme, d'élever le côté du bassin répondant à la hanche malade ; de là, un raccourcis-

sement souvent considérable. Au contraire, en mettant en pratique le principe que j'ai formulé, c'est-à-dire en plaçant le membre dans une position moyenne d'abduction, on évite ces graves inconvénients.

Quant à la coxalgie ancienne, les résultats de ma pratique à cet égard ont été publiés dans deux travaux de mon élève, le Dr Sainton, intitulés :

127. — De l'ostéotomie sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche, suite de coxalgie.

(*Revue d'orthopédie*, 1895, p. 454.)

Et :

128. — De la correction des attitudes vicieuses de la coxalgie par le redressement forcé sous le chloroforme.

(*Revue d'orthopédie*, 1er juillet 1897.)

L'expérience m'a démontré que le redressement forcé, en déterminant le broiement de masses tuberculeuses contenues dans l'articulation, peut provoquer des inoculations secondaires, et, en particulier, des méningites tuberculeuses; je me montre très sobre de l'emploi de ces moyens. Dans les cas légers, je lui préfère l'extension continue qui, dans bien des cas, suffit à procurer le redressement. Dans les cas plus sérieux, j'ai recours au redressement, en un seul temps, sous le chloroforme; mais je l'exécute lentement, avec douceur, en imprimant à l'articulation des mouvements de plus en plus étendus de circumduction, jusqu'à ce que j'arrive au redressement complet. Si les muscles rétractés et les brides cicatricielles opposent un obstacle trop considérable au redressement, j'emploie la ténotomie à ciel ouvert, qui porte le plus souvent sur les muscles fascia lata, couturier, et droit antérieur de la cuisse. Enfin, quand il s'agit d'une ankylose osseuse ou d'une ankylose fibreuse extrêmement serrée, nous

avons une précieuse ressource dans l'ostéotomie sous-trochantérienne qui m'a toujours fourni les meilleurs résultats et n'a jamais, entre mes mains, provoqué d'accident.

129. — Des luxations soudaines au cours de la coxalgie.

(*Revue d'orthopédie*, janvier 1899.)

Ce que l'on observe le plus souvent, au cours de la coxalgie, c'est la luxation progressive qui se produit comme conséquence de l'usure réciproque des surfaces articulaires dont nous avons parlé plus haut; c'est là un fait classique, mais, à côté de ce cas, il en est d'autres dans lesquels la luxation se produit subitement dès les premières périodes de la maladie, au bout de six semaines à deux mois, par exemple. Ce sont ces faits, non décrits jusqu'ici, que j'ai fait connaître dans le mémoire ci-dessus. Ils sont comparables aux luxations soudaines qui se produisent dans le cours ou à la suite des maladies aiguës, scarlatine, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, et ils sont justiciables du même traitement. En effet, dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici, j'ai pu obtenir la réduction sous le chloroforme par la méthode de douceur, c'est-à-dire par l'emploi des mouvements de plus en plus étendus de circumduction.

130. — Des divers modes de traitement opératoire applicables à l'ankylose du genou.

(*Revue d'orthopédie*, septembre et novembre 1895.)

131. — Nouvel exemple de déviation du genou consécutive à une résection.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mai 1897.)

C'est surtout à propos de la tuberculose du genou que les résections donnent de mauvais résultats chez les enfants. J'ai

publié bon nombre d'exemples de raccourcissements considérables ou de déviations angulaires observés dans ces conditions. Aussi à la résection je préfère de beaucoup, soit la ténotomie à ciel ouvert de tous les tendons du creux poplité, dans les cas où il reste des mouvements dans la jointure et où l'on peut espérer le redressement, soit l'ostéotomie supracondylienne, qui m'a donné d'excellents résultats dans les cas où l'ankylose osseuse est complète. La résection reste comme une dernière ressource pour les cas où la déviation angulaire atteint ou dépasse l'angle droit, et où l'ostéotomie ne pourrait procurer le redressement qu'en donnant naissance à une déformation très complexe.

132. — Ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet guérie par l'emploi des rayons Rœntgen, suivi de la compression élastique.

(*Société de chirurgie*, janvier 1898.)

Au nombre des procédés de la méthode conservatrice dans le traitement de la tuberculose, on peut compter l'emploi des rayons Rœntgen; les faits de cet ordre sont encore très peu nombreux. C'est un cas où ce procédé m'a donné un très beau succès que j'ai fait connaître, dans la note ci-dessus, à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'une arthrite tuberculeuse du poignet avec développement énorme de fongosités; la circonférence du poignet mesurait 23 centimètres: des fistules multiples existaient, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire du poignet; la main était tombante, les doigts inertes. Le traitement par les rayons Rœntgen, suivi de l'emploi de la compression élastique, a procuré une entière guérison; le poignet a repris son volume normal; toutes les fistules se sont fermées, et le malade a recouvré l'intégrité des mouvements.

S. — OSTÉOMYÉLITE DE DÉVELOPPEMENT

---

133. — Ostéomyélite et nécrose totale du péroné.

(*Société de chirurgie*, 31 octobre 1888.)

Il s'agit ici d'un de ces cas rares d'ostéomyélite insidieuse ou chronique d'emblée, utiles à connaître en ce que leur marche pourrait les faire confondre avec l'ostéomyélite tuberculeuse.

134. — De l'ostéomyélite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

(*Bulletin médical*, 6 janvier 1889.)

J'insiste dans ce travail sur la tendance de l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur à gagner le creux poplité; d'où le danger des ulcérations de l'artère poplitée, dont un certain nombre d'exemples ont été signalés; d'où la nécessité, si l'on pratique le drainage, de ne pas comprendre l'artère dans l'anse du drain, mais de tourner, au contraire, l'anse du drain en avant, vers la partie antérieure du genou.

135. — Ostéomyélite chronique du tibia gauche; large évidement de la diaphyse; réparation de la cavité osseuse au moyen d'un lambeau ostéo-périostique emprunté à l'os malade lui-même.

(*Société de chirurgie*, février 1896.)

136. — Note sur l'ostéomyélite des phalanges.

(*Société de chirurgie*, mars 1898.)

Certaines ostéomyélites de la phalangette, et, en particulier, celles de la seconde phalange du pouce, se présentent en clinique sous la forme de panaris rétro-unguéal ou sous-unguéal. Dans le travail précédent, j'appelle l'attention sur cette particularité et sur l'erreur de diagnostic qui peut en résulter, erreur funeste au point de vue du traitement.

137. — Ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus droit avec décollement épiphysaire; traitement par la résection et le curettage de la totalité du canal médullaire.

(*Société de chirurgie*, 20 juillet 1898.)

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas particulier, c'est que l'os a continué à vivre, en dépit des graves lésions dont il était atteint, décollement épiphysaire de son extrémité supérieure, envahissement de la totalité de son canal médullaire par la suppuration. A partir du jour de l'opération, le malade a cessé d'avoir de la fièvre; toute suppuration a été supprimée; il n'y a pas eu élimination d'esquilles, et l'enfant a guéri avec conservation des mouvements de l'épaule et de l'articulation du coude.

Je le vois de temps en temps; il reste définitivement guéri.

T. — APPENDICITE, PÉRITONITE, OCCLUSION INTESTINALE

138. — Appendicite aiguë; volumineux abcès pelvien; laparotomie; guérison.

(*Société de chirurgie*, octobre 1895.)

139. — Traitement de l'appendicite aiguë.

(*Société de chirurgie*, février 1899.)

Dans ce travail, je me déclare partisan de l'intervention chirurgicale pratiquée de bonne heure dans l'appendicite aiguë. A l'appui de cette opinion, je rapporte la déplorable statistique de mon service à l'hôpital Trousseau pendant 1898, d'après laquelle douze malades opérés tardivement pour des péritonites généralisées ont succombé, tandis que treize malades opérés pour des abcès localisés d'origine appendiculaire ont fourni douze guérisons et une seule mort.

140. — Péritonite à pneumocoques chez un garçon de sept ans et demi; opération; guérison.

(*Bulletins de la Société de chirurgie*, mai 1895.)

141. — Péritonite par perforation prise pour une appendicite; laparotomie médiane; guérison.

(*Société de chirurgie*, mars 1898.)

142. — Occlusion intestinale par torsion complète du mésentère chez un enfant de sept ans et demi.

(*Société de chirurgie*, Juin 1898.)

L'occlusion intestinale par torsion complète du mésentère est un accident fort rare. Ce qui, dans ce cas particulier, rendait le diagnostic extrêmement difficile, c'est que, l'occlusion portant immédiatement au-dessous du duodénum, le ventre était absolument plat, rétracté en bateau; en outre, l'enfant rendant des matières quand on administrait des lavements, le diagnostic d'obstruction intestinale lui-même restait douteux. Toutefois, en présence de l'aggravation des phénomènes généraux, je me décidai à faire la laparotomie. La torsion complète du mésentère m'échappa au cours de l'opération; l'enfant succomba bientôt après, et ce fut à l'autopsie seulement qu'on reconnut la véritable nature des accidents.

U. — TUMEURS CONGÉNITALES CHEZ LES ENFANTS EN BAS AGE

---

143. — Contribution à l'étude des tumeurs kystiques congénitales.

En collaboration avec mon chef de laboratoire, le docteur Küss.
(*Revue d'orthopédie*, mars 1899.)

Dans cette note se trouve étudié un cas de tumeur multiloculaire du scrotum, développée en dehors du testicule chez un enfant de trois ans et demi. Comme il arrive pour les

tumeurs dermoïdes du scrotum, le néoplasme n'était pas développé dans la glande testiculaire elle-même; en effet, le testicule a pu être conservé au cours de l'extirpation. Toutefois il ne s'agissait pas ici d'une tumeur dermoïde, mais plutôt d'un lymphangiome congénital. Ce cas paraît jusqu'ici unique; du moins, n'ai-je trouvé dans aucun auteur classique la mention d'un fait analogue.

144. — Tumeur congénitale de la région temporale droite.

(*Société de chirurgie*, 25 juillet 1883 et 18 mars 1894.)

J'ai pu, à huit ans d'intervalle, présenter à deux reprises différentes ce malade à la Société de chirurgie. A la suite de la seconde présentation, la tumeur a été extirpée avec succès; elle était composée de graisse et renfermait dans son intérieur un noyau osseux.

145. — Macrodactylie de la main gauche chez une petite fille d'un mois.

(*Société de chirurgie*, 13 mai 1891.)

146. — Présentation d'une petite fille d'un an portant un volumineux lipome diffus du dos, mesurant 25 centimètres de hauteur sur 15 centimètres de largeur.

(*Société de chirurgie*, 21 juin 1893.)

Quand je présentai cette enfant à la Société de chirurgie, les avis furent partagés sur la conduite à tenir. Quelques-uns de mes collègues préconisèrent l'abstention, dans la crainte d'une issue promptement mortelle; d'autres considérèrent l'extirpation comme praticable. Je me décidai à intervenir et j'adoptai le principe des opérations successives. Je pus ainsi

débarrasser en trois fois la malade de cette énorme tumeur dont l'extirpation en une seule séance aurait pu faire courir à l'enfant des dangers mortels. J'ai eu tout dernièrement (avril 1899) des nouvelles de cette enfant; elle s'est régulièrement développée et est actuellement bien portante.

147. — Maladie kystique du testicule chez un enfant de dix-neuf mois; extirpation; guérison.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, février 1897.)

Bien que l'examen microscopique pratiqué par M. Malassez ait fait craindre la transformation cancéreuse de la tumeur, cet enfant, opéré maintenant depuis plus de deux ans, reste guéri.

148. — Volumineux sarcome de la cavité abdominale chez un enfant de quatre ans, portant une chéloïde cicatricielle de la région sous-maxillaire; extirpation par la laparotomie; guérison.

(*Société de chirurgie*, 24 janvier 1894.)

Dans ce cas, bien que l'examen histologique pratiqué par notre collègue des hôpitaux, le docteur Lesage, ait démontré qu'il s'agissait d'un sarcome embryonnaire, cependant la guérison ne s'est pas démentie depuis cinq ans. J'ai revu dernièrement encore cet enfant; la chéloïde de la région sous-maxillaire a beaucoup diminué.

V. — COMMUNICATIONS DIVERSES

149. — Des difformités de la colonne vertébrale survenant à la suite de fractures méconnues.

(*Revue d'orthopédie*, novembre 1896.)

Dans cette note, j'appelle l'attention sur certaines déformations du rachis se produisant à la suite de fractures qui ont passé inaperçues, et qui, en raison même de ce fait, pourraient, si l'on n'en était informé, être mises sur le compte du mal de Pott.

150. —Kirmisson et Ardouin; étude d'un fœtus exomphale, présentant en même temps un spina bifida sacré et une scoliose congénitale à convexité droite.

(*Revue d'orthopédie*, 1897, n° 2, p. 184.)

151. — Exostose volumineuse de l'extrémité inférieure du cubitus gauche d'origine traumatique.

(*Revue d'orthopédie*, mars 1898.)

152. — Nanisme; déformations multiples du squelette; ankyloses congénitales des doigts et des orteils; torticolis chez une fillette de dix ans.

(*Revue d'orthopédie*, juillet 1898.)

Il y a ceci de particulier dans ce fait qu'on y retrouve les ankyloses congénitales des doigts précédemment signalées

dans le cas de pied bot congénital par déformation osseuse, héréditaire dans une famille, et que nous avons précédemment mentionné. (Voy. n° 94.)

153. — Pseudarthrose congénitale de la jambe gauche.

En collaboration avec mon interne, M. Auffret.
(*Revue d'orthopédie*, mars 1899.)

J'ai appelé l'attention sur la fréquence des pseudarthroses dans les fractures intra-utérines de la jambe; j'en ai déduit la nécessité de ne pas faire seulement en pareil cas la résection des fragments, mais encore l'enchevillement ou la suture osseuse, quand on intervient contre les difformités produites par ces fractures.

J'ai, du reste, inspiré sur ce même sujet le travail de mon élève, le docteur Sainton : « Du pronostic opératoire de la malformation connue sous le nom de fracture intra-utérine du tibia. » (*Revue d'orthopédie*, 1898, p. 399.)

154. — Relation d'un fait d'épispadias chez une petite fille de dix-huit mois; opération; guérison.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet 1895.)

Dans ce cas particulier, j'ai mis en œuvre un procédé opératoire nouveau, consistant à dédoubler les parties molles circonscrivant la fente anormale des petites lèvres et de l'urèthre, de façon à pratiquer une autoplastie à double plan de lambeaux, un plan profond muqueux, un plan superficiel cutané. J'ai revu tout dernièrement l'enfant, à la fin de 1898, plus de trois ans après l'opération; les parties ont absolument repris leur apparence normale. Malheureusement il persiste de l'incontinence d'urine.

155. — Contribution à l'étude des arthropathies dans la syphilis héréditaire.

En collaboration avec mon interne M. Jacobson.
(*Revue d'orthopédie*, septembre et novembre 1897.)

On retrouve, dans la syphilis héréditaire, les diverses formes d'arthropathies qui appartiennent à la syphilis acquise. Il est important d'être au courant de ces faits pour ne pas les confondre à tort avec la tuberculose articulaire. Dans le présent travail, j'en rapporte un certain nombre d'exemples empruntés à mon service.

156. — Des difformités acquises des orteils, envisagées au point de vue de leur étiologie.

(*Revue d'orthopédie*, mars 1899.)

157. — Pied bot varus d'origine traumatique du côté gauche, consécutif à la section des tendons péroniers latéraux; récidive après la suture de ces tendons; bon résultat de l'arthrodèse tibio-tarsienne.

(*Revue d'orthopédie*, 1er mai 1899.)

158. — Comptes rendus du service chirurgical et orthopédique des Enfants-Assistés, de 1890 à la fin de 1897.

Pendant toute la durée de mon séjour aux Enfants-Assistés, c'est-à-dire pendant huit années, de 1890 à la fin de 1897, j'ai publié chaque année, dans mon journal la *Revue d'orthopédie*, le compte rendu de mon service des Enfants-Assistés. La policlinique fondée par moi dans ce service à la fin de

1889, a pris rapidement un grand essor, de sorte que, pendant les dernières années, nous avons pu compter plus de 1000 malades nouveaux chaque année.

On trouvera, dans ces comptes rendus, bon nombre de faits intéressants ; on y trouvera surtout des éléments importants au point de vue de la statistique des difformités.

En fondant un enseignement relatif aux maladies chirurgicales de l'enfance, en créant un recueil spécial, la *Revue d'orthopédie*, consacré à l'étude des difformités, je me suis efforcé d'associer le plus possible mes élèves à mon travail.

On trouvera donc, dans la *Revue d'orthopédie*, un grand nombre d'observations ou de mémoires appartenant à mes internes, MM. Ehrhardt, Longuet, Caboche, Coville, Mercier, Guéry, Bouchacourt, etc. Je mentionnerai seulement les plus importants. J'ai déjà cité les thèses inaugurales de mes élèves, MM. Sainton, Thébault et Charpentier, je puis citer encore la thèse de Mme Philippof, sur la valeur des transplantations tendineuses dans le traitement de la paralysie infantile, et celle de M. Degez, sur les luxations subites consécutives aux maladies aiguës. Le point de départ de ce dernier travail est la relation d'une luxation de la hanche gauche consécutive à la scarlatine, et dont j'ai pu obtenir la réduction sous le chloroforme au bout de quatre mois. A ce travail sont annexées deux radiographies. L'une démontre l'existence de lésions cotyloïdiennes sous l'influence desquelles s'est produite la luxation, la seconde permet de se rendre compte d'une façon certaine que la réduction a bien été obtenue.

X. — RAPPORTS; REVUES GÉNÉRALES; RELATIONS DE VOYAGES CHIRURGICAUX

Outre les travaux précédents, j'ai fait un grand nombre de communications relatives à l'anatomie pathologique, qu'on trouvera consignées *passim* dans les *Bulletins de la Société anatomique*, à partir de 1874.

A la Société de chirurgie, j'ai présenté un grand nombre de rapports sur des communications faites par des personnes étrangères à la Société, et relatives aux différents points de la chirurgie.

J'ai écrit ensuite quelques revues générales :

159. — La chirurgie orthopédique; sa définition, son but, ses moyens.

(*Revue d'orthopédie*, 1891.)

Sous ce titre, j'ai publié la leçon par laquelle j'ai inauguré mon cours de chirurgie orthopédique aux Enfants-Assistés, le 13 avril 1891. Depuis lors, j'ai continué sans interruption cet enseignement jusqu'à ce jour.

J'y définis la chirurgie orthopédique : l'étude des difformités de l'appareil locomoteur et de leur traitement.

Jusqu'à l'apparition de la méthode antiseptique, l'orthopédie consistait presque exclusivement dans l'emploi d'appareils auxquels on joignait la pratique de rares opérations très bénignes, telles que la ténotomie sous-cutanée. Comment aurait-il pu en être autrement à une époque où les moindres opérations chirurgicales pouvaient être suivies de complications

mortelles? Déjà l'on hésitait souvent à intervenir contre des affections qui mettaient en jeu la vie des malades même, à plus forte raison, ne devait-on pas hésiter à intervenir chirurgicalement contre de simples difformités, compatibles avec l'existence du malade qui en est porteur?

Il m'a semblé que, sur ce point particulier, comme sur tous les points de la chirurgie, la méthode antiseptique devait amener une complète et profonde révolution : à *l'orthopédie* d'autrefois il fallait substituer la *chirurgie orthopédique;* aux appareils qui, trop souvent, ne nous fournissaient que des résultats bien lents et bien incomplets, il fallait substituer, partout où elles étaient indiquées, les interventions opératoires, qui nous permettent d'arriver d'une façon beaucoup plus complète et beaucoup plus rapide au résultat désiré. Telle a été l'idée première qui nous a tracé la voie où nous nous sommes engagé; telle a été l'idée directrice qui nous a guidé dans les divers travaux que nous avons précédemment mentionnés.

160. — Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1893.

(*Société de chirurgie*, 17 janvier 1894.)

161. — Rapport sur l'état actuel de la chirurgie du rachis.

(Rapport général présenté au Congrès français de Chirurgie, session de Lyon, 1894.)

Dans ce rapport, je passe en revue l'état actuel de la chirurgie sur les traumatismes de la colonne vertébrale, dans le mal de Pott, les néoplasmes ou tumeurs, les vices de conformation, comme le spina bifida. Malgré les récents progrès accomplis, il est bien difficile, en l'absence d'éléments de diagnostic exact, et d'indications thérapeutiques formelles, d'établir la valeur réelle de l'intervention chirurgicale dans

chacun des cas précédents. Aussi ai-je dû m'abstenir de poser des conclusions absolues.

A une époque où la chirurgie se transforme incessamment, et se diffuse dans tous les pays du monde, il devient indispensable pour le chirurgien de voyager, afin de comparer entre elles les méthodes et les installations chirurgicales. Aussi ai-je entrepris dès longtemps des voyages chirurgicaux en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en Suisse et en Italie, voyages dont j'ai publié la relation.

162. — Relation d'un voyage chirurgical à Londres fait dans le courant du mois de juin 1885.

(*Revue de chirurgie*, 1885, p. 857.)

163. — Voyage chirurgical en Suisse et sur les bords du Rhin.

(*Revue de chirurgie*, 1887, p. 940.)

164. — Voyage chirurgical à Vienne, Pesth et Munich.

(*Bulletin médical*, 26 février 4 et 7 mars 1888.)

Y. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

165. — Présentation d'un nouvel appareil obturateur pour les malades auxquels on a pratiqué un anus iliaque.

(*Société de chirurgie*, 26 octobre 1887.)

166. — Sonde vissée sur une bougie conductrice et destinée à faciliter le passage du bout postérieur au bout antérieur après l'uréthrotomie externe.

(*Société de chirurgie*, 30 octobre 1889.)

167. — Rugine modifiée d'après les indications de M. Kirmisson, par M. Mathieu.

(*Société de chirurgie*, 1er octobre 1890.)

168. — Compas à cadran pour mesurer, soit en degrés, soit en centimètres, l'angle formé par une articulation ankylosée dans une position vicieuse, ou l'épaisseur d'un membre.

(*Société de chirurgie*, 5 novembre 1889.)

169. — Présentation d'appareils pour le redressement du pied bot.

(*Société de chirurgie*, 8 mars 1893.)

Cet appareil, construit sur mes indications par M. Mathieu, possède deux articulations en forme de noix, répondant, l'une

à l'articulation tibiotarsienne, l'autre à l'articulation médio-tarsienne, de façon à pouvoir imprimer au pied tous les mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction et de rotation autour de l'axe antéro-postérieur, et à pouvoir ainsi corriger l'attitude vicieuse.

170. — Présentation d'un nouvel écarteur laveur des paupières

(*Société de chirurgie*, juillet 1895.)

Pendant mon séjour aux Enfants-Assistés, j'avais constamment à me préoccuper du traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, qui constitue un des plus redoutables fléaux, à cette période de la vie. Pour favoriser le lavage des culs-de-sac conjonctivaux, j'ai fait construire des écarteurs creux, évidés au centre, et présentant un grand nombre d'orifices par lesquels s'échappe le liquide. L'impulsion est communiquée au liquide par la pression d'une poire en caoutchouc.

171. — Crochet pour retirer les pièces de monnaie retenues dans l'œsophage.

(*Société de chirurgie*, novembre 1898.)

A chaque fois qu'un enfant nous est présenté, porteur d'une pièce de monnaie retenue dans l'œsophage, nous le soumettons à l'examen radiographique. (J'ai d'ailleurs depuis longtemps déjà annexé à mon laboratoire un service de radiographie.) Or, la radiographie nous montre que la pièce est toujours placée transversalement dans l'œsophage. Il me semblait dès lors bien inutile d'introduire chez les jeunes enfants un appareil aussi compliqué et aussi volumineux que

le panier de Græfe. Un simple crochet passant derrière la pièce de monnaie la saisit par son bord inférieur et la ramène infailliblement au dehors. Mis en usage déjà un grand nombre de fois, soit par moi, soit par les internes de l'hôpital Trousseau, cet appareil, construit sur mes indications par M. Colin, a toujours donné les meilleurs résultats.

TABLE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

13050. — L.-Imp. réunies, 7, rue Saint-Benoît, Paris. — MOTTEROZ, Dr.